

ANNALES DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

D^r P. MERKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.
Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans la texte.
PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 7.

25 juillet 1893.

SOMMAIRE.

Mémoires originaux : I. De la dermatite herpétiforme de Dühring, par L. BROcq. (*Suite*).
II. Sur la pathogénie et le traitement de la gonorrhée, par E. CHAMBAUD.
III. Des gommes de la conjonctive palpébrale, par A. TROUSSAU.
Recueil de faits : I. A propos du danger que font courir les filles insoumises, par le professeur
LELOIR.
II. Arthrite syphilitique secondaire, par COEMINADÉ.
Revue de dermatologie : I. De l'alopecie en aires et de l'altération des poils dans cette maladie.
— II. Recherches sur le trichophyton tonsurant, par CILSO PELLIZZARI. — III. Tumeur trichophytique, par R. CAMPANA. — IV. Nouveau traitement de l'herpès tonsurant, par CHARON et GEVAERT. — V. Pathologie et traitement de la trichophytie, par G. THIN. — VI. Diagnostic clinique du lupus érythémateux de la main et du pied, par KLOTZ. — VII. Canthérisations en surface par l'électrolyse dans le traitement du lupus vulgaire, par GARTNER et LUSTGARTEN.
— VIII. Cas d'hyperhidrose, par G.-W. CUTLER. — IX. Névrose périphérique de la peau, par GAMBERINI. — X. Kératosis folliculaire et tylosis de la paume des mains et de la plante des pieds, par NEELY.
Varia : Bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

AVIS: Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans remunération ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirage à part.

Les numéros 8 et 9 paraîtront, comme chaque année, sous une même couverture, le 25 septembre.

G. MASSON, ÉDITEUR, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120, PARIS.

LA SYPHILIS ET LA PROSTITUTION

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HYGIÈNE, LA MORALE ET LA LOI

Par M. le D^r H. MIREUR

Adjoint au Maire de Marseille, Président de la Société nationale de Médecine, etc.

2^e édition. 1 fort vol. grand in-8° de 476 pages. 1

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Vernols, 1887) . . . 5 fr.

PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

Par M. le D^r ALFRED FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis.

Rapport à l'Académie de Médecine. Une brochure in-8°. 1 fr. 50

DOCUMENTS STATISTIQUES

SUR

LES SOURCES DE LA SYPHILIS

CHEZ LA FEMME

Syphilis des femmes mariées. — Syphilis imméritées

Par M. le D^r ALFRED FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'hôpital St-Louis.

Rapport à l'Académie de Médecine. Une brochure in-8°. 1 fr. 50

PANSEMENTS VAGINAUX à la glycérine
PAR LA MALADE ELLE-MÊME (à tous médicaments.)
LA BOITE : 3 fr. 50 c. Rue Lafayette, 87 PARIS

OVULES CHAUMEL

PASTILLES DE CHLORHYDRATE
Centres les Affections de la Gorge et de l'Estomac.
LA BOITE : 3 fr. — Rue Lafayette, 87, PARIS

COCAÏNE CHAUMEL

Nouveau genre de Pastilles comprises
POUR DIABÉTIQUES
Boîte 1 fr. 25 c. rue Lafayette, 87, Paris

SACCHARINE CHAUMEL

SOLUTION TITRÉE
(dosée à un gramme par cuillerée)
11, 51, 51, 51, r. Lafayette, 87

ANTIPYRINE CHAUMEL

de
gr
ér
ou
cu
pr
obj
tite
fer
cad
rep

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

Arthritides bulleuses de BAZIN. — *Pemphigus pruriginosus* de M. le professeur HARDY. — *Hydroa* de quelques auteurs anglais.

I^{re} PARTIE. — EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.

II^e PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE ET SUBAIGUE.

II^e PARTIE. — DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.

IV^e PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE (*Herpes gestationis*),

Par le Dr **BROCQ**, médecin des hôpitaux.

(Suite.)

III^e PARTIE

DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES

En étudiant les travaux de Duhring sur la dermatite herpétiforme dans la première partie de ce travail, nous avons distingué tout un groupe de faits caractérisés : 1^o par une éruption polymorphe d'aspect, érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, parfois même pustuleuse, circonscrite ou non ; 2^o par des phénomènes subjectifs marqués, tels que prurit, cuisson, brûlure ; 3^o par une évolution rapide ; 4^o par une conservation presque complète du bon état général et par une guérison constante.

Nous avons établi que ces faits sont très voisins comme symptômes objectifs et subjectifs des poussées dont l'ensemble constitue la dermatite polymorphe prurigineuse chronique ; et, sans émettre d'opinion ferme sur leur nature réelle, sur la place qu'ils doivent occuper dans le cadre nosologique, nous avons dit qu'il nous paraissait nécessaire d'en reprendre l'étude, de ne plus les confondre, comme on l'a fait jusqu'ici,

avec les autres érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, et d'en former un groupe à part, assez mal défini d'ailleurs, auquel nous avons provisoirement donné le nom de *Dermatites polymorphes prurigineuses aiguës*.

Cette conception (1) paraît d'abord assez simple : malheureusement, quand on analyse de très près les nombreuses observations déjà connues ou inédites qui répondent à ce syndrome, on s'aperçoit qu'elles sont extrêmement complexes. Ne pouvant les mentionner toutes dans ce mémoire, nous en avons choisi quelques-unes, qui nous permettront d'établir les principales variétés et de démontrer tout l'intérêt et toute la difficulté de cette étude.

Ces faits constituent une chaîne non interrompue qui relie la variété bénigne de la dermatite polymorphe prurigineuse à poussées successives et l'herpès gestationis d'une part, aux éruptions polymorphes prurigineuses à l'évolution la plus rapide et à l'érythème polymorphe vulgaire d'autre part (2).

Nous avons donc été obligés de les classer en divers groupes. Nous allons tout d'abord donner une idée d'ensemble de ces divisions. Puis nous publierons les observations qui nous ont servi à établir ces catégories. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous n'attachons pas à cette classification une importance exagérée : nous ne la considérons que comme un artifice utile qui permet de mieux saisir l'ensemble des faits et qui en facilitera l'étude ultérieure.

CLASSIFICATION PROVISOIRE DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.

Les 18 observations (3) qui suivent se divisent tout d'abord en deux grands groupes : I *celles dans lesquelles il n'y a eu qu'une seule attaque* ; II *celles dans lesquelles on a noté des récidives*. Encore une fois cette distinction est des plus artificielles, nous le reconnaissons ; puisque rien ne nous prouve que, dans certaines de nos 8 observations d'éruptions non récidivantes, il ne se soit pas produit plus tard de récidives ; mais elle n'en est pas moins utile à la clarté de la description.

(1) Voir, pour plus de détails, la première partie de ce travail : nous ne voulons pas, pour des affections encore aussi mal définies, nous exposer à des répétitions trop fréquentes.

(2) Les caractères distinctifs qui permettent de séparer ces éruptions de l'érythème polymorphe vulgaire sont-ils assez précis ? Les phénomènes douloureux ont-ils, en particulier, toute l'importance que nous semblons leur attribuer ? Tous ces points sont des plus discutables et demandent des recherches nouvelles. Les provoquer, tel est le seul but de cette troisième partie.

(3) Nous les avons numérotées par lettres alphabétiques de A à R pour éviter toute confusion avec les observations d'herpès gestationis et de dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

I. — ÉRUPTIONS NON RÉCIDIVANTES.

Elles se subdivisent en trois groupes secondaires qui sont :

1° *Faits caractérisés par* : — a) *une éruption éminemment polymorphe* constituée par des éléments primitifs tels que de l'érythème figuré ou non figuré, des papules, des papulo-vésicules, des vésicules, des bulles et même des pustules, par des éléments secondaires tels que squames, croûte, prurigo, etc. ; — b) *par des symptômes subjectifs très marqués*, tels que prurit, cuisson, chaleur, brûlure, ardeurs intolérables ; — c) *par une évolution rapide en 15 ou 30 jours par petites poussées secondaires successives*, différant parfois d'aspect les unes des autres ; — d) enfin par la conservation constante ou presque constante du bon état général.

Ces faits, dont nous publions six exemples (obs. A, B, C, D, E, F), pourraient peut-être être considérés comme formant un type vraiment digne du nom de *dermatite polymorphe prurigineuse aiguë* ; mais nous reconnaissons que tout cela est fort discutable : nous l'avons d'ailleurs suffisamment démontré dans la première partie de ce travail.

2° *Eruptions aiguës à évolution courte, herpétiques d'aspect*, c'est-à-dire uniquement constituées par des vésicules ou par des vésico-pustules disséminées, ou groupées en circinations, ou irrégulièrement développées sur une base rouge, prurigineuses.

Elles constituent un groupe, assez mal défini d'ailleurs comme évolution, qui serait au point de vue objectif vraiment digne du nom de *dermatitis herpetiformis*. Ce sont les moins polymorphes de toutes celles que nous étudions dans ce travail.

Elles ont été décrites sous les noms d'herpès circiné, fièvre herpétique, herpès généralisé fébrile, herpès phlyctenodes, etc. Quoiqu'il soit assez discutable de les faire rentrer dans notre cadre, nous avons tenu à en parler, pour montrer les traits qui leur sont communs avec les affections qui nous occupent.

Elles sont non récidivantes (obs. G) ou récidivantes (obs. J, N).

3° *Eruptions non récidivantes d'assez longue durée et d'assez forte intensité servant de trait d'union entre les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës non récidivantes et la dermatite polymorphe prurigineuse subaiguë* (obs. H.).

II. — ÉRUPTIONS RÉCIDIVANTES.

Elles se subdivisent également en trois groupes secondaires :

1° *Eruptions polymorphes prurigineuses aiguës récidivant périodiquement tous les ans vers la même époque* (obs. J, I).

Dans ces deux cas il s'agit d'hommes, âgés l'un de 30, l'autre de 25 ans. Celui de 30 ans avait tous les mois d'août, depuis l'âge de 8 ans, des éruptions prurigineuses de vésicules et de bulles; celui de 25 ans en avait tous les mois de mars depuis l'âge de 20 ans; chez ce dernier, l'éruption affectait assez nettement la forme herpétique et ne durait qu'une quinzaine de jours. Chez tous les deux les muqueuses étaient intéressées.

2° *Éruptions polymorphes prurigineuses aiguës récidivant sans date fixe* (obs. K, L, M, M').

Dans l'observation K (homme de 20 ans), il s'était déjà produit cinq récides de son éruption lorsqu'il vint dans le service de M. le Dr E. Vidal. Les poussées éruptives, qui étaient éminemment polymorphes et prurigineuses duraient de 20 à 30 jours et ne récidivaient qu'après plusieurs mois de santé parfaite. Dans l'observation L (homme de 17 ans), on n'a noté que deux récides à un an et demi d'intervalle de 20 à 25 jours de durée. Dans l'observation M (femme de 26 ans), nerveuse, on a noté trois poussées éruptives, à quelques semaines de distance seulement, de 15 jours de durée environ; la première semble avoir été purement érythémateuse, ce qui semble indiquer que le processus morbide peut dans ce cas, quoique bien rarement, ne pas dépasser l'érythème, comme il le fait parfois dans l'herpès gestationis et dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Enfin, dans l'observation M', la malade a eu dix poussées éruptives chacune de un mois de durée environ avec des intervalles fort longs de santé parfaite.

3° *Éruptions polymorphes prurigineuses aiguës récidivantes constituant des faits de passage entre les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës et les dermatites polymorphes prurigineuses subaiguës à poussées successives.*

Ces faits sont de deux ordres :

a) Dans les uns, les poussées éruptives n'ont pas une très longue durée, mais elles récidivent avec une telle ténacité et avec des intervalles de repos si courts ou si irréguliers que ces faits ont une ressemblance frappante avec les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques dans lesquelles le processus éruptif n'est pas très intense et est constitué par des poussées principales, d'assez courte durée, séparées par des intervalles d'accalmie presque complets. Les deux observations N et O, que l'on trouvera plus loin, nous paraissent typiques à cet égard.

Dans l'observation N (herpès phlyctænodes de Gibert), il s'agit d'une femme de 27 ans, qui eut une première éruption érythémato-vésiculeuse fort prurigineuse en 1814 à la suite de violentes émotions. Puis ces poussées, qui semblent avoir eu de 5 à 6 semaines de durée, revinrent

presque continuellement, quoique avec des intervalles de santé parfaite, jusqu'en 1819, époque où l'on observa la maladie. Elles coïncidaient avec des troubles menstruels des plus nets. Cette observation peut, à ce point de vue, être considérée comme un cas de transition entre la dermatite polymorphe prurigineuse aiguë récidivante et l'herpès gestationis, de même que l'observation XXXI (II^e partie) est un cas de transition entre la dermatite polymorphe prurigineuse chronique et ce même herpès gestationis.

Dans l'observation O (Cazenave-Chausit — Pemphigus pruriginosus, pemphigus aigu successif), il s'agit d'un homme de 35 ans qui, à la suite d'excès de travail, fut pris d'une éruption érythémato-bulleuse, prurigineuse, à poussées successives, lesquelles durèrent 3 mois; puis, après un mois de santé parfaite, nouvelle éruption bénigne de 15 jours de durée, suivie de cinq autres poussées absolument semblables, séparées par des intervalles d'un mois de repos; enfin huitième poussée assez violente à la suite d'émotions morales vives. L'évolution ultérieure de l'affection n'est pas mentionnée; mais, bien que chaque poussée éruptive ait été suivie d'une courte période de santé complète, il est bien difficile de ne pas considérer des poussées éruptives aussi rapprochées comme formant une seule et même maladie à poussées successives.

b) Dans le second ordre de faits (obs. P. et R.), les poussées éruptives sont beaucoup plus longues. Dans l'observation P, le malade, âgé de 68 ans, est d'abord pris de démangeaisons généralisées, puis en juin 1886 d'une éruption polymorphe bulleuse prurigineuse de deux mois de durée; huit mois plus tard, légère éruption de bulles, puis, presque immédiatement après, en juin 1887, nouvelle poussée polymorphe d'un mois de durée.

Dans l'observation R, beaucoup plus démonstrative encore comme fait de passage, le malade, âgé de 18 ans, est d'abord atteint d'une légère éruption de papules, puis, vers la fin de juin, d'une éruption polymorphe érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse, figurée ou non, évoluant par poussées successives, occupant la peau et les muqueuses, et guérie par la liqueur de Fowler après deux mois environ d'évolution. Il y avait à peine trois ou quatre semaines qu'il était bien portant, quand, ayant voulu reprendre ses occupations, il vit reparaître les mêmes phénomènes morbides avec encore plus d'intensité; l'administration de l'arsenic ne produisit que peu d'effet, et la dermatose ne disparut qu'après deux mois et demi de durée sous l'influence de la quinine et d'injections sous-cutanées d'atropine.

Voici ces divers documents: comme pour la I^{re} et la II^e partie de ce travail, nous ne donnerons qu'un résumé fort succinct des observations non inédites à cause des malheureuses exigences de la publication.

I. — ÉRUPTIONS NON RÉCIDIVANTES.

OBSERVATIONS A. — (*Cas des D^{rs} Servier et Bony. — Herpès généralisé fébrile*) (1).

Homme, âgé de 23 ans, atteint depuis trois ou quatre jours de malaises, puis le 10 avril, d'une éruption discrète de petits boutons groupés et disséminés qui se couronnent rapidement de vésicules, se généralisent, deviennent bulleux aux jambes le 15 avril et évoluent par poussées successives. Le 23 avril, l'éruption prend un caractère bulleux et cause des démangeaisons fort vives. Le 27 avril apparaissent des pustules. Le 17 mai, l'affection semble terminée; il se produit un prurigo sur les jambes et les bras. Le 23 mai, la guérison est définitive.

N. B. — Cette observation a été publiée sous le titre d'herpès généralisé fébrile. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'impossibilité absolue qu'il y a à lui conserver ce nom. Si l'éruption au début a eu quelque ressemblance avec l'herpès, les bulles, les pustules et le prurigo qui sont ensuite survenus par poussées successives permettent de ranger ce cas dans ce que nous appelons les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Toutefois nous ferons remarquer qu'au point de vue des troubles fonctionnels il n'est pas tout à fait typique. Le prurit ne s'est manifesté que quatorze jours après le début des phénomènes éruptifs. Il est vrai que, dans la suite, il est devenu assez marqué pour que la dernière manifestation morbide ait été une poussée de prurigo. Néanmoins il a manqué au début, et à cet égard le cas est un peu discutable. Ceci nous montre une fois de plus combien l'appréciation exacte de ces faits est difficile, combien leur étude à l'heure qu'il est ne peut être qu'insuffisante et artificielle.

OBSERVATIONS B. — (*Cas 2 de la thèse de Nodet. — Observation due à M. Lailler. — Pemphigus aigu*) (2).

Homme âgé de 33 ans, surmené, atteint le 21 juin de démangeaisons puis d'une éruption bulleuse à la partie interne des cuisses. Le 23, il se produit des vomissements, de l'insomnie; l'éruption se généralise; elle gagne la cavité buccale. Le 4 juillet, à la suite de démangeaisons fort vives, il se produit une poussée érythémateuse généralisée, qui ne dure que quelques jours. Le 11 juillet se forment quelques pustules d'ecthyma.

N. B. — Ce cas doit être considéré comme un exemple réellement typique de ce que l'on pourrait dénommer dermatite polymorphe prurigineuse aiguë.

(1) Observation recueillie par M. Bony dans le service de M. le D^r Servier : Hôpital militaire de Besançon. (Voir *Annales de Dermat. et de Syph.*, t. VI, p. 46, 1874-75.)

(2) *Thèse de Nodet* (Contribution à l'étude des éruptions pemphigoides aiguës, p. 88, 1880).

OBSERVATION C. — (*Obs. 19 de la thèse de Nodet. — Due à M. le Dr Lailler, — Hydroa ? Erythème polymorphe ?*) (1)

Homme âgé de 24 ans, pris le 19 août d'une éruption presque généralisée, érythémateuse, bulleuse et pustuleuse, avec démangeaisons fort vives sur-tout au début. Le 9 septembre, guérison complète.

OBSERVATION D. — (*Obs. 12 de la thèse de Nodet. — Due à M. le Dr Lailler. — Pemphigus aigu ? Hydroa bulleux ?*) (2).

Homme âgé de 24 ans, pris depuis le 21 septembre d'une éruption presque généralisée, quoique assez peu abondante, prurigineuse, érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse. Le 4 octobre, guérison complète.

N. B. — Voici les remarques de M. le Dr Nodet à propos de cette observation : « Elle offre un exemple de dermatose pemphigôide polymorphe. Les caractères de l'urticaire, de l'herpès en cocarde, de l'érythème papuleux, de la poussée pemphigôide sont rassemblés sur un même sujet. »

OBSERVATION E. — (*Cas de G.-T. Elliot. — Hydroa herpétiforme*) (3).

Homme âgé de 23 ans, atteint, depuis le lundi 27 septembre, d'une éruption prurigineuse, papuleuse, érythémateuse, puis vésiculeuse et bulleuse, disposée par groupes. Dès le 6 octobre, l'éruption avait beaucoup diminué.

OBSERVATION F. — (*Inédite. — Recueillie par le Dr Brocq dans le service de M. le Dr E. Vidal.*)

Tréb..., âgée de 48 ans, couturière, entre le 19 mai 1881 dans le service de M. le Dr E. Vidal à l'hôpital Saint-Louis. Son père aurait eu des affections cutanées. Il y a 15 ans elle a eu quelques manifestations articulaires. Depuis 3 ans elle n'est plus réglée : elle est fort nerveuse et présente même des phénomènes d'hystérie. Depuis longtemps elle est sujette à avoir des éruptions au printemps, et de temps en temps elle éprouve des démangeaisons assez vives. Elle a un peu de bronchite chronique et d'emphysème.

L'éruption actuelle date de trois semaines : elle a débuté par les jambes ; puis elle a gagné les bras ; elle s'est accompagnée de vives démangeaisons. Pas de phénomènes généraux ; peut-être un peu moins d'appétit qu'à l'état normal.

Etat actuel. — Sur la face antérieure de l'avant-bras droit se voient des papulo-vésicules, et çà et là des papulo-pustules rouges avec base enflammée, entourées d'une plaque érythémateuse. A leur niveau, la peau est épaissie. Sur la face interne de l'avant-bras et du bras, papulo-vésicules semblables excoriées. Il n'y en a pas à gauche, sauf à la face palmaire de la main, où l'on voit une vésicule assez volumineuse. Sur les épaules on trouve

(1) NODET (*Loc. cit.*, p. 127).

(2) NODET (*Loc. cit.*, p. 109).

(3) GEORGES T. ELLIOT. Contribution à la pathologie et à l'histologie de l'hydroa herpétiforme (*The New York med. Journal*, 23 avril 1887).

quelques-uns de ces éléments diminués; ils y ressemblent à du prurigo. Sur le dos, il y en a quelques groupes excoriés qui ont un faux air d'herpès; on en trouve également sur la partie latérale droite du tronc, sur le devant de la poitrine, à la naissance du sein gauche, sur les cuisses, surtout sur les jambes, quelques-uns sur les fesses et à la région rénale où ils ressemblent tout à fait à des lésions de prurigo.

M. le Dr E. Vidal se demande si c'est un herpès généralisé fébrile récidivant: il croit que non, car la fièvre n'existe pas et l'élément papuleux est trop développé. Il ne croit pas que ce soit une variété spéciale d'eczéma, car l'éruption est trop discrète. Ce n'est pas non plus du prurigo, puisqu'il y a de grosses vésicules et surtout puisque, d'après la malade, il y en a eu de volumineuses sur les mains et sur les pieds. Il croit donc que l'on doit faire ici le diagnostic d'hydroa vésiculeux.

27 mai. — Il ne se produit pas de nouvelles vésicules et l'éruption déjà existante tend à disparaître complètement. La malade quitte l'hôpital le 9 juin.

OBSERVATION G. — (*Observation de Cazenave. — Herpès circiné de la poitrine, du dos et du cou*) (1).

Femme âgée de 15 ans, lymphatique et surmenée, prise le 3 avril de phénomènes généraux, puis de vives démangeaisons, enfin d'une éruption composée de plaques rouges bordées d'une série de petites vésicules; après plusieurs poussées éruptives la guérison s'effectue spontanément le 26 avril.

N. B. — Nous avons classé cette observation assez étrange dans la deuxième subdivision des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës non récidivantes: elle est, en effet, caractérisée par un polymorphisme peu accentué.

OBSERVATION H. — (*Cas de Chausit. — Pemphigus aigu pruriginosus*) (2).

Femme âgée de 56 ans, prise vers le 20 juillet de fièvre, puis d'une rougeur généralisée sur laquelle se développèrent une foule de petits boutons, et, quarante-huit heures après, des bulles: celles-ci crevèrent, la peau resta rouge, douloureuse et desquama. Vers la fin d'août la malade était en bon état; elle sortit le 14 septembre guérie.

II. — ERUPTIONS RÉCIDIVANTES.

OBSERVATION J. — *Observation 26 de la thèse de Nodet due à M. le Dr Lailler. — Fièvre herpétique avec manifestations cutanées multiples* (3).

Homme âgé de 25 ans, atteint depuis le 8 janvier d'une éruption presque généralisée, quoique assez peu abondante, érythémateuse et vésiculeuse,

(1) CAZENAVE (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I, p. 306, 1844).

(2) CHAUSIT (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 143, 1852).

(3) NODET (*Loc. cit.*, p. 140).

herpétique d'aspect, prurigineuse : les muqueuses du voile du palais et de la gorge sont prises. Le 24 janvier il sort guéri. Depuis cinq ans il est pris toutes les années, vers le mois de mars, d'une éruption semblable.

OBSERVATION I. — (*Cas de Saundby. Hydroa purpurique récidivant périodiquement*) (1).

Homme de 30 ans, sujet depuis l'âge de 8 ans à des éruptions toujours analogues qui surviennent chaque année au mois d'août. Elles sont constituées par des vésicules et des bulles avec aréole inflammatoire, douloureuses, prurigineuses, qui affectent les mains, les pieds, les genoux, les épaules, et enfin les lèvres et les bords de la langue.

OBSERVATION K. — (*Inédite. Recueillie par le Dr Brocq dans le service de M. le Dr E. Vidal.*)

T..., Charles, âgé de 20 ans, garçon de restaurant, entre le 21 juin 1881 dans le service de M. le Dr E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Pendant son enfance il a eu de la gourme, des adénites cervicales non suppurées, du coryza chronique. Il vient d'avoir une attaque de rhumatisme articulaire subaigu : il en a eu une première atteinte très violente en 1876. Il a eu une blennorrhagie, deux chancres simples, et il présente des symptômes nets d'éthylisme commençant.

Il est pris pour la quatrième fois de l'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital. La première poussée a eu lieu en 1874, époque à laquelle il a été soigné par M. Quinquaud ; il a été traité la deuxième fois par M. Hillairet, la troisième fois, en octobre 1880, par M. Besnier. L'éruption actuelle a débuté le 14 juin par un bouton semblable à un petit clou qui s'est formé sur le bras droit ; il s'est accompagné de démangeaisons vives surtout pendant la journée à la chaleur. Puis le bouton s'est élargi et peu à peu il s'en est formé d'autres. Ni fièvre, ni céphalalgie, pas de symptômes généraux.

Le premier bruit du cœur est mal frappé : les deux sommets des poumons présentent des signes de tuberculose au premier degré. Plaques d'urticaire avec papules médianes excoriées sur la partie gauche du cou, et vers les poignets. Sur la face dorsale des doigts et sur les mains, on trouve des plaques circulaires présentant à leur centre un soulèvement de l'épiderme rempli de sérosité qui, par places, est devenue purulente. En certains points ces vésicules centrales se sont élargies et ont formé de véritables bulles, à la face palmaire de l'annulaire gauche en particulier. Lésions nombreuses à la face palmaire de la même main.

Plaques identiques à la main droite, sur l'avant-bras droit, vers les deux coudes du côté de l'extension.

Sur les deux membres inférieurs on retrouve des lésions d'urticaire et des plaques rouges avec vésicules et bulles, formant cocarde ; elles sont surtout nombreuses vers le genou droit. (Bains alcalins, eau de Vichy, etc.)

Le malade, sorti guéri le 6 juillet, rentre le 21 juillet 1881 avec une nouvelle poussée érythémato-vésiculeuse sur les avant-bras, les mains, les coudes, les fesses, les cuisses, les jambes, la face dorsale des pieds. Cette poussée lui est venue pendant la nuit du 13 au 14 juillet. Il éprouve des cuissons et

(1) SAUNDBY (*The British med. Journal*, p. 724, 16 novembre 1879).

des démangeaisons extrêmement vives. Il sort de nouveau guéri le 24 juillet 1881.

OBSERVATION L. — (Cas de G.-H. Fox) (1).

Homme de 17 ans, atteint le 10 février 1878 d'une éruption douloureuse, vésiculeuse et bulleuse avec aréoles inflammatoires, affectant surtout les extrémités, les membres, le scrotum et la muqueuse buccale. Cette affection évolue par poussées successives, et elle est complètement guérie le 8 mars. En 1876 le malade a déjà eu une éruption analogue.

OBSERVATION M. — (Observation 2 de L. Duncan Bulkley. — Hydroa) (2).

Femme âgée de 26 ans, nerveuse, atteinte le 22 novembre 1876 d'une éruption prurigineuse, érythémateuse et bulleuse, qui disparaît en huit ou dix jours par l'administration de la liqueur de Fowler. En avril 1876 elle avait eu une poussée analogue, mais purement érythémateuse : six semaines avant la dernière éruption elle en avait eu une autre caractérisée par des phlyctènes et des rougeurs.

OBSERVATION M. — (Inédite. — Communiquée par M. le Dr E. Vidal.
— Diagnostiquée hydroa.)

A..., polisseuse, âgée de 32 ans, entre le 1^{er} février 1877, salle Saint-Jean, n° 16. Elle est atteinte pour la sixième fois de l'éruption qu'elle présente. La première attaque a eu lieu en 1869, la deuxième et la troisième en 1870 ; depuis lors elle en a eu encore deux autres. Chaque fois elle a présenté au début une légère poussée fébrile. L'éruption a toujours été limitée aux mains et aux pieds, et n'a jamais duré plus d'un mois. Elle s'est toujours accompagnée, comme d'ailleurs à l'heure actuelle, de démangeaisons très vives et d'une sensation de brûlure très pénible.

Le 15 janvier 1877 la malade a été prise d'agitation, d'inappétence, de fièvre assez vive qui revenait chaque soir, et elle a vu se former sur les lèvres, sur la langue, dans la gorge, des bulles volumineuses qui se sont affaissées au bout de quelque temps.

Quelques jours après, des bulles analogues ont paru sur les mains ; d'abord toutes petites, elles s'agrandissaient, puis s'affaissaient et disparaissaient en laissant des plaques rouges. Tous les jours il s'en formait de nouvelles ; de telle sorte que, lors de son entrée, il en existe à toutes les phases de leur évolution.

On voit une éruption analogue sur les poignets, sur le gros orteil droit : la langue et les lèvres sont ulcérées.

La malade a eu autrefois quelques douleurs rhumatoïdes.

N. B. — Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien sont sommaires, dans cette observation, les détails sur l'éruption, sur son évolution, etc. Cependant on retrouve les traits caractéristiques des faits que nous étudions.

(1) G. H. Fox. De l'hydroa et des autres éruptions bulleuses (*Arch. of Dermat. New York*, n° 3, p. 211, 1878).

(2) L. DUNCAN BULKLEY. Deux cas d'hydroa (*Arch. of Dermat.*, vol. III, p. 217, 1877).

OBSERVATION N. — (Cas de Gibert. — *Herpès phlyctænodes*) (1).

Femme âgée de 27 ans, atteinte en 1814, à la suite de vives frayeurs, d'une éruption érythémato-vésiculeuse fort prurigineuse. Depuis lors elle resta sujette à des poussées éruptives analogues à de petits boutons vésiculeux. En avril 1819 elle vint à l'hôpital Saint-Louis; elle en sortit guérie le 8 mai. Le 24 octobre elle vit de nouveau se produire des rougeurs, des vésicules, des démangeaisons qui disparurent complètement vers la fin de novembre. Elle avait de plus des troubles marqués du côté des fonctions utérines.

OBSERVATION O. — (Cas de Cazenave publié par Chausit. — *Pemphigus pruriginosus*. — *Pemphigus aligu successif*) (2).

Voir plus haut le résumé de ce cas.

N. B. — Nous avons beaucoup hésité avant de ranger cette observation dans ce groupe. Elle nous paraît en effet digne de figurer dans notre dermatite polymorphe prurigineuse subaiguë à poussées successives. Cependant nous avons préféré la placer ici pour mieux accentuer son caractère de fait de transition. Nous reconnaissons toutefois qu'elle doit être considérée comme une variété atténuée de la dermatite polymorphe prurigineuse subaiguë.

OBSERVATION P. — (Inédite. — Communiquée par M. le Dr E. Vidal.)

H..., Henri, âgé de 68 ans, tailleur, entre le 6 juillet 1886 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Dr E. Vidal; comme antécédents morbides, il ne signale que des migraines auxquelles il était sujet autrefois. Il mène une vie assez fatigante, mais il se nourrit bien. Il y a deux mois il a été pris de démangeaisons généralisées sans éruption visible. Il y a six semaines, il a vu survenir, sur la face dorsale des deux mains, des bulles nombreuses de toutes dimensions et qui s'accompagnaient de démangeaisons. Il y a un mois elles ont envahi les doigts: elles évoluaient par poussées successives. L'éruption a cependant peu à peu diminué d'intensité; pendant toute sa durée elle n'a pas dépassé la région des poignets, et il n'y a pas eu de bulles à la face palmaire.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, on trouve une bulle de la grandeur d'une pièce d'un franc sur la face dorsale du petit doigt de la main droite. D'autres vésicules se sont affaissées, laissant à leur place une surface épidermique desséchée et brune. Au niveau d'une bulle située vers l'annulaire, on voit par transparence une surface ecchymotique, mais la sérosité en est claire. En d'autres points on trouve quelque piqueté hémorragique au niveau des bulles. Ces bulles poussent rapidement, en quelques heures; quelques-unes sont précédées d'une rougeur érythémateuse sur laquelle elles s'élèvent; d'autres apparaissent d'emblée sur la peau saine. On en voit aujourd'hui sur le gland qui n'ont pas d'aréole rouge.

Le malade est sujet à de vives démangeaisons: on trouve çà et là des pa-

(1) GIBERT (*Traité pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 214, 1860).

(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (IV^e vol., n° 10, p. 260, juillet 1852).

pules de prurigo avec croûtelles, suite de grattages. Sur le visage et le cou on retrouve quelques petites bulles : on n'en constate pas sur les muqueuses. A part ce prurit qui est des plus pénibles, et qui cause de l'insomnie, l'état général est satisfaisant. Sur l'abdomen, au pli du coude et au cou on trouve de grandes plaques d'érythème, et des saillies papuleuses formant des groupes irréguliers.

On donne au malade de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes. Il se forme aussitôt une quantité considérable de bulles sur la verge et vers les pieds où elles atteignent d'énormes dimensions, des vésicules, des plaques érythémateuses : vers les aisselles les bulles sont presque confluentes. Le 12 juillet l'éruption est encore devenue plus intense, certaines bulles ont pris un caractère hémorrhagique. On cesse l'iodure de potassium, on administre le sulfate de quinine et l'on panse avec le liniment oléo-calcaire. Tous les symptômes s'amendent dès lors et le malade sort complètement guéri le 31 juillet 1886.

En avril 1887, il a une nouvelle poussée bulleuse sur le front et sur les tempes : elle disparaît en quelques jours. Vers le commencement de juin il est atteint brusquement d'une nouvelle éruption qui s'est développée très vite au scrotum, et par poussées successives aux mains. Il rentre le 21 juin 1887 dans le service de M. le Dr E. Vidal.

A cette date le scrotum présente par places un épiderme nouveau où des taches rosées circulaires indiquent le siège de bulles récemment disparues. Aux mains l'éruption n'intéresse que la face dorsale. Cette lésion est composée de plaques érythémato-croûteuses consécutives à des bulles dont quelques-unes sont encore visibles : ces surfaces sont arrondies et ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; les bulles sont hémisphériques, incolores, indolentes, sans aréole. Le malade est averti de ces poussées bulleuses par un prurit particulier analogue à la démangeaison cuisante des engelures. Quand il n'excorie pas et ne crève pas les bulles, celles-ci parcourent leurs diverses phases en quelques jours : elles s'affaissent, se rident, se plissent, et leur contenu ne se résorbe que peu à peu. L'épiderme se dessèche en une croûte noire qui tombe et laisse à nu un épiderme nouveau. Les mains seules sont intéressées ainsi que le scrotum.

Le 24 juin une nouvelle bulle apparaît sur la face externe du pouce droit en une seule nuit : elle est incolore, modérément tendue, légèrement bilobée. Vers la fin de juin les dernières croûtes tombent et le malade, complètement guéri, demande à sortir le 2 juillet.

OBSERVATION R. — (Cas 6 du Dr R. Crocker. — *Hydroa*) (1).

Voir plus haut le résumé de ce cas que l'on trouvera traduit presque *in extenso* par nous dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, de 1887.

Parmi les faits déjà connus que nous pourrions citer à côté des précédents, mentionnons les observations 6, 7, et surtout 21, 22, 24, 27, et 28 de la thèse de Nodet, l'observation 18 de la thèse de de Molènes-Mahon, etc., etc.

Nous n'allons pas essayer de donner une description quelconque des

(1) *Loc. cit.*, p. 968.

dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Ce que nous avons déjà dit (1) de la complexité de ce groupe fait suffisamment comprendre que nous considérons cette tentative comme inutile dans l'état actuel de nos connaissances. Nous ne savons pas encore en somme jusqu'à quel point il est légitime de les séparer nettement de toutes les autres éruptions dignes comme elles du nom de DERMATITES POLYMORPHES, mais qui ne présentent que peu ou point de phénomènes douloureux. Nous nous bornerons à présenter quelques remarques sur les caractères généraux de ces éruptions ; nous aurons surtout en vue, en le faisant, les six premières observations (de A à F), celles qui semblent se rapprocher le plus d'un type morbide qui répondrait exactement au syndrome dermatite polymorphe prurigineuse aiguë, mais dont l'existence réelle ne nous paraît pas encore suffisamment prouvée.

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES CARACTÈRES DES ÉRUPTIONS RÉPONDANT AU
SYNDROME DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE AIGUE.

Étiologie. — Ces éruptions semblent être surtout fréquentes dans le jeune âge, à l'inverse de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique qui présente, comme nous l'avons vu, un maximum entre 48 et 65 ans. Les 8 malades atteints d'éruptions non récidivantes dont nous avons donné les observations avaient en effet, 22, 23, 24, 24, 33, 48, 15 et 56 ans. Les 10 malades atteints d'éruptions récidivantes ont eu leur première poussée à 20, 8, 13, 15, 25, 24, 22, 33, 68 et 18 ans. Ces chiffres sont absolument démonstratifs : sur 18 malades, 12 en effet avaient moins de 25 ans.

Comme dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes ; nous trouvons en effet, sur nos 18 malades, 12 hommes et seulement 6 femmes, ce qui donne exactement la proportion de deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes.

L'étude des antécédents ne nous apporte aucun renseignement précis. Comme dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, nous trouvons surtout notés le lymphatisme, parfois même la tuberculose soit chez le malade lui-même (obs. K) soit chez ses parents (obs. B), le nervosisme (obs. M), l'hystérie (obs. F), les excès de travail (obs. B, E), les violentes émotions (obs. N, O). Les antécédents rhumatismaux ne sont nettement signalés que dans l'observation C ; ils le sont vaguement dans les observations J, K, M et R. Ils semblent donc avoir

(1) Voir le début de notre III^e partie et la fin du chapitre III de notre I^{re} partie.

peut-être un peu plus d'importance que dans le type précédent. Mais tout cela réclame des recherches plus précises.

Tandis que l'influence des saisons paraissait être presque nulle dans la genèse des éruptions de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, elle est au contraire clairement établie dans les dermatites polymorphes aiguës. Sur nos 6 premiers cas 3 ont débuté et évolué en avril et mai, 1 en juin et 2 en septembre-octobre. Si nous analysons à cet égard nos 48 cas, nous voyons que les poussées éruptives ont débuté une fois en janvier, une fois en mars, six fois en avril, quatre fois en juin, une fois en juillet, deux fois en août, deux fois en septembre, cinq fois en octobre, une fois en novembre. Il y a donc deux maxima bien nets : l'un en avril-mai-juin, l'autre en septembre-octobre.

Éruption. — Quand on étudie avec soin nos 48 cas, on ne tarde pas à se convaincre que les phénomènes objectifs qu'ils présentent sont en petit exactement comparables à ceux que nous avons décrits dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

Les premiers phénomènes perceptibles peuvent être des sensations de brûlure, de cuisson, de démangeaisons vives ; ils précèdent l'éruption (obs. B, D, G, H, M, P), l'accompagnent (obs. C, E, F, K, N, O, R) ou la suivent (obs. A, typique à cet égard).

L'éruption elle-même débute par des taches rouges, localisées (obs. C) étalées, formant des plaques arrondies semblables à de l'urticaire (obs. O), par de petits boutons rouges disséminés ou groupés (obs. A, H, J, K, N, R), par des vésicules formées d'emblée sur la peau saine, prurigineuses (obs. D, E, I, L), par des bulles assez volumineuses (obs. B, M, M', P).

Les régions par lesquelles elle commence sont les membres supérieurs, surtout la face dorsale des mains et les poignets (obs. A, D, I, L, K, N, P), les membres inférieurs (obs. B, C, F, D), le tronc (dos et abdomen) (obs. G, J, R), les oreilles (obs. A et E), les lèvres (obs. M'), le scrotum (obs. P). De là elle s'étend, peut se généraliser à toute la surface des téguments ; aux membres supérieurs et inférieurs, aux cuisses et aux fesses, à la poitrine, au ventre, aux épaules, au dos, au cou, plus rarement à la face. Les régions qui semblent être le plus souvent le siège maximum de l'éruption sont les membres supérieurs et les membres inférieurs, vers les poignets, les coudes et les genoux.

Les muqueuses peuvent être envahies ; la langue et la luette étaient intéressées dans les observations B et M' ; la langue et les gencives dans l'observation I ; le voile du palais dans les observations J et R ; la bouche dans l'observation L.

(1) Nous devons faire remarquer, pour expliquer ces chiffres que, dans certains cas, il y a eu plusieurs récides.

Comme dans la dermatite polymorphe, prurigineuse, chronique, l'éruption dans les cas précédents est polymorphe d'aspect ; elle est composée d'éléments érythémateux formant des plaques plus ou moins circonscrites et arrondies, de papules prurigineuses, de papulo-vésicules d'emblée, de vésicules, de bulles transparentes, rarement hémorrhagiques, et même de pustules. Ces trois derniers éléments se développent sur la peau saine ou sur des éléments érythémateux préexistants ; ils peuvent être disséminés ou groupés, former même des circinations autour d'un élément central. Nous devons reconnaître que dans ces formes aiguës, les pustules ne sont le plus souvent que, des vésicules ou des bulles, dont le contenu s'est troublé. Cependant dans les observations A, B, K, R, on a observé, vers la fin, de petites poussées éruptives composées de pustules vraies d'emblée (1). Ce sont là les *lésions éruptives primitives*.

Comme dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique on observe également dans ces faits des *lésions éruptives secondaires*, squames (débris de vésicules et de bulles), croûtes jaunâtres, grisâtres ou brunâtres consécutives aux bulles et surtout aux pustules, prurigo, lésions de grattage, excoriations.

Je signalerai cependant d'une manière générale dans ces 18 faits une intensité moins grande et un polymorphisme un peu moins accentué des phénomènes éruptifs que dans la plupart des 36 observations de dermatite polymorphe prurigineuse chronique. L'observation F est, à cet égard, fort instructive : elle nous montre le processus éruptif réduit à son minimum ; il n'est constitué, en effet, que par des groupes papuleux et papulo-vésiculeux excoriés, devenus par places papulo-pustuleux, de telle sorte que notre excellent et très honoré maître, M. le D^r E Vidal, a pu se demander s'il n'était pas en présence d'un de ces cas décrits par quelques auteurs sous le nom d'herpès généralisé fébrile. Nous allons d'ailleurs dire quelques mots de ce point particulier de la question.

Marche. Évolution. — On retrouve, dans certaines de ces observations, des poussées successives qui diffèrent entre elles comme aspect éruptif, et en cela leur analogie avec la dermatite polymorphe prurigineuse chronique devient frappante. Ainsi dans l'observation A la première poussée a été papulo-vésiculeuse et ce caractère a été assez net pour que les auteurs aient publié ce cas sous le nom d'herpès généralisé fébrile ; le 22 avril, l'éruption change de caractère et devient vésiculo-bulleuse sur les membres inférieurs. Le 27 avril survient une éruption pustuleuse qui, de même que les éruptions vésiculeuses et bulleuses

(1) Je n'insiste pas sur la description de ces éléments : je les ai déjà longuement étudiés dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

antérieures, procède par poussées successives. Enfin, dans le courant de mai, alors que tout semble terminé, survient une poussée de prurigo. N'est-ce pas là en raccourci une image fidèle de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique ?

L'éruption se fait donc dans ces dermatites polymorphes prurigineuses aiguës par poussées successives plus ou moins intenses, d'autant moins violentes d'ordinaire qu'on s'éloigne davantage du début, et pouvant différer totalement d'aspect chez le même malade ; les unes sont surtout érythémateuses, les autres érythémato-vésiculeuses, bulleuses ou même pustuleuses (obs. A, B, etc.).

La durée de ces poussées éruptives prises dans leur ensemble est, en moyenne, de 20 à 30 jours. Dans nos 6 premières observations elle a été de 40 j., 25 j., 17 j., 14 j., 15 j. et 30 jours. Chaque poussée secondaire évolue d'ordinaire en 4 à 10 jours. Il peut persister ensuite des macules brunâtres qui mettent fort longtemps à s'effacer.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'aspect général de l'éruption. Je renvoie pour cela à l'étude de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Cet aspect est éminemment variable suivant le malade et suivant la période de l'affection. L'éruption peut être surtout érythémateuse, papuleuse et prurigineuse ; elle peut être surtout érythémato-bulleuse ou bulleuse, vésiculo-bulleuse, enfin pustuleuse. Elle peut enfin, quoique un peu moins souvent que dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, être nettement polymorphe, et présenter alors dans son ensemble cet aspect si spécial que nous avons déjà décrit : par places des taches érythémateuses plus ou moins grandes et régulières, figurées ou non, des vésicules irrégulières, des bulles de grosseur variable, à contenu transparent ou plus ou moins louche, développées sur la peau saine ou sur une base érythémateuse, des excorations, des squames, des croûtes, des macules, tout cela disposé sans ordre apparent.

Ces diverses variétés éruptives que nous venons d'esquisser expliquent pourquoi les noms que les auteurs ont donnés à ces faits sont si différents, pourquoi ils les ont appelés herpès phlycténodé, herpès circiné, herpès généralisé fébrile, fièvre herpétique, hydroa vésiculeux, hydroa bulleux, hydroa herpétiforme, pemphigus aigu, pemphigus aigu prurigineux, suivant que tel ou tel élément éruptif prédominait ou affectait tel groupement plus spécial. Ces variétés peuvent être conservées, mais nous ne croyons pas qu'il faille leur attribuer une trop grande importance.

Symptômes subjectifs. — Les symptômes subjectifs sont les mêmes que dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique ; cependant ils sont d'ordinaire moins intenses ; ils consistent en sensations très

vives de prurit, de cuisson, de chaleur, de brûlure, d'ardeur intolérable, soit généralisées, soit localisées vers certaines régions, presque toujours vers celles qui sont ou seront le siège des phénomènes éruptifs.

Symptômes généraux. Fièvre. Complications. — Dans quelques cas, l'éruption a été annoncée par des symptômes généraux, par du malaise, une sensation de faiblesse ou de courbature, de la céphalalgie, de l'anorexie, de l'insomnie, des douleurs vagues (Obs. A. B. D., etc.) et même par un certain mouvement de fièvre vers le soir. Mais, en somme, ce qui domine, c'est la conservation dans presque tous les cas d'un excellent état général.

On a publié cependant des faits qui, au point de vue purement cutané, semblent au premier abord devoir être rangés dans le groupe que nous étudions, et dans lesquels on a vu survenir les complications les plus graves. Nous citerons parmi eux lecas de M. R. Moutard-Martin (1), celui de M. Horand (2), celui de M. le Dr E. Besnier, publié par de Molènes-Mahon (3).

Ils sont d'une interprétation des plus difficiles, et, jusqu'à plus ample informé, nous croyons devoir les signaler, comme les précédents, sans émettre d'opinion sur leur véritable nature et sur la place qu'ils doivent occuper dans le cadre nosologique.

Nature. Pathogénie. Diagnostic. — Nous renvoyons pour tous ces points à la discussion qui termine le chapitre III de la première partie de ce travail. On y trouvera complètement exposées les considérations qui nous ont engagés, d'une part, à ne pas confondre, comme le fait Duhring, les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës avec les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques et subaiguës, et, d'autre part, à ne pas les laisser (sans établir de distinctions d'aucune sorte) dans le grand groupe des érythèmes polymorphes où on les a rangées dans ces derniers temps.

Nous n'ajouterons que quelques mots pour répéter encore une fois que l'érythème polymorphe, tel qu'il existe à l'heure actuelle, renfermant les érythèmes papuleux, papulo-vésiculeux, bulleux, iris, marginé, circoné, induré, noueux, infectieux, etc., etc., nous paraît fort bien compris quant aux phénomènes cutanés, mais fort mal constitué, au contraire, au point de vue entité morbide vraie. Nous croyons, comme nous l'avons dit plus haut, que c'est un syndrome comparable à l'ancien pemphigus, au pityriasis rubra des auteurs étrangers, et dans lequel on devra dé-

(1) R. MOUTARD-MARTIN. Erythème marginé, devenant bulleux avec complications multiples (*France médicale*, n. 53 et 54. — Voir *Thèse de de Molènes-Mahon*, p. 193).

(2) HORAND. Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile (*Annales de Dermat. et de Syph.*, p. 401, cas 2, 1872-73).

(3) DE MOLENES-MAHON. (*Thèse de Paris*, obs. 27, p. 178, 1885).

crire des types cliniques réels, ou tout au moins des variétés distinctes. Si l'on conserve sa conception actuelle, si l'on veut rigoureusement y faire rentrer tous les faits caractérisés objectivement par de l'érythème, puis par des vésicules, des bulles, etc., en un mot, par des phénomènes érythémateux sur lesquels viennent se greffer d'autres accidents éruptifs, constituant dans leur ensemble une éruption polymorphe, ce ne sont pas seulement nos dermatites polymorphes prurigineuses aiguës qu'il faut y faire rentrer, c'est notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique, notre herpès gestationis, c'est-à-dire toute la dermatite herpétiforme de Duhring. Et alors nous dirons que ce n'est plus là qu'une querelle de mots, car nous décrirons dans l'érythème polymorphe, vaste syndrome presque dépourvu de signification, des types cliniques spéciaux, ceux que nous étudions dans ce mémoire.

La vérité, c'est que nous dégageons et mettons en relief tout un groupe de faits caractérisés par une éruption polymorphe d'aspect, érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse et pustuleuse, par des phénomènes subjectifs constants de démangeaison, de cuisson, de brûlure, par une conservation du bon état général; or, nous ne voyons pas que ces caractères soient toujours ceux de l'érythème polymorphe tel qu'il a été primitivement décrit par Hebra. Nous n'insistons pas, car tous ces points si délicats ont été déjà discutés dans notre première partie.

Nous devons répondre cependant aux deux objections suivantes que l'on ne manquera pas de nous faire : 1° Pourquoi n'établissez-vous pas nettement un type clinique répondant au syndrome dermatite polymorphe prurigineuse aiguë, de même que vous en avez établi un répondant au syndrome dermatite polymorphe prurigineuse chronique? 2° Pourquoi écrivez-vous une troisième partie sur les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës? Pourquoi traitez-vous de ces affections? Pourquoi les distinguez-vous des autres érythèmes polymorphes, puisque vous ne savez rien de précis sur elles?

1° Nous avons déjà à peu près complètement répondu à cette première question dans la première partie de ce travail. Certes, il suffit de se rapporter au diagnostic différentiel que nous avons tracé de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique pour voir que, malgré quelques points qui restent encore obscurs et qui ont surtout trait aux autres éruptions pemphigoides chroniques non prurigineuses, ce type morbide est nettement défini par ses symptômes, par les phénomènes douloureux qui l'accompagnent constamment, et surtout par son évolution. En est-il réellement de même des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës? Il nous faut bien reconnaître qu'en dehors des phénomènes douloureux qu'elles présentent et du polymorphisme peut-être un peu plus accentué des poussées éruptives successives qui les constituent, elles sont iden-

tiques à d'autres dermatoses que nous laissons encore confondues dans le groupe de l'érythème polymorphe et que caractérisent des éruptions semblables, une évolution analogue, une obscurité étiologique tout aussi grande. Les phénomènes douloureux suffisent-ils à eux seuls à établir une distinction marquée entre ces deux groupes de faits? Telle est la question.

Certes, si l'on considère leur importance dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique, et dans la plupart des faits de passage qui relient ce type aux affections aiguës que nous étudions, on est tenté de répondre par l'affirmative : on est surtout disposé à le faire quand on envisage l'ensemble des faits rangés par Duhring dans sa dermatite herpétiforme, par Tilbury Fox dans son hydroa, faits que caractérise le syndrome dermatite polymorphe prurigineuse ou mieux douloureuse ; il paraît alors tout naturel de décrire à part toutes ces éruptions, d'en faire un vaste groupe qui semble au premier abord bien défini par le syndrome précédent et dans lequel on distingue des variétés suivant l'évolution et l'étiologie. La conception des dermatites polymorphes prurigineuses ainsi divisées en chroniques, subaiguës, aiguës, et récidivantes de la grossesse, est vraiment séduisante, et présente un tel caractère de netteté et de simplicité qu'elle s'impose au premier abord.

Malheureusement, quand on passe à l'examen minutieux des faits, on ne tarde pas à voir qu'il est beaucoup de cas dans lesquels les symptômes prurigineux sont peu accentués, ou même manquent pendant une partie de l'évolution de la maladie, soit au début, soit à la fin. Que faire de ces éruptions qui établissent les liens les plus étroits entre les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës et les érythèmes polymorphes vulgaires non prurigineux? Bien que notre conviction soit faite à propos de ces observations de passage qui ne sauraient, d'après nous, en aucune façon, prouver la similitude des deux types morbides entre lesquels elles constituent des traits d'union, elles ne laissent pas que de nous troubler et de nous conduire à douter fortement de la valeur du prurit comme symptôme caractéristique permettant d'établir des divisions tranchées dans les éruptions polymorphes aiguës. Il est rare d'ailleurs, nous devons le reconnaître, que les phénomènes douloureux atteignent, dans les dermatites polymorphes aiguës, l'intensité qu'ils ont toujours dans les dermatites polymorphes chroniques ou de la grossesse.

C'est pour ces motifs, fort délicats et fort discutables d'ailleurs, que nous préférons ne pas établir de type clinique aigu, et attendre les résultats des recherches ultérieures.

2° Mais alors pourquoi cette troisième partie de notre mémoire? Pourquoi cette ébauche d'étude des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës? Elle était nécessaire pour plusieurs raisons.

D'abord, et avant tout, parce que nous avons entrepris l'étude d'ensemble et la revision de la dermatite herpétiforme de Duhring; or, le dermatologiste américain a fait rentrer dans son groupe les cas aigus que nous discutons : nous étions donc obligés ou bien d'accepter sa conception, ou bien de faire purement et simplement de ces cas des érythèmes polymorphes vulgaires (et nous avons exposé dans notre première partie pourquoi ces deux solutions nous paraissent inacceptables), ou bien de les étudier à part en faisant ressortir les liens étroits qui les unissent d'une part aux autres dermatites polymorphes prurigineuses, d'autre part aux autres éruptions confondues dans l'érythème polymorphe.

Nous reconnaissons que cette étude est des plus incomplètes, toute factice, mais nous n'avons pas la prétention d'épuiser le sujet. Loin de là, nous ne voulons que poser la question, que provoquer des recherches nouvelles, que montrer dans quel sens on doit les diriger.

Quoi qu'il arrive, nous aurons prouvé qu'entre les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques (type morbide bien établi) et les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës (variétés de l'érythème polymorphe), il existe une gamme complète de faits de transition, et nous aurons mis en relief les réelles analogies qui existent entre certaines éruptions aiguës jusqu'ici confondues par la plupart des auteurs dans l'érythème polymorphe vulgaire et les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques; par leurs phénomènes éruptifs, par leurs troubles fonctionnels, elles leur sont presque identiques, mais leur évolution, toute différente, les en distingue. Reste à savoir s'il faut réellement faire un type morbide de ces dermatites polymorphes prurigineuses aiguës : c'est ce que nous apprendront des travaux ultérieurs.

Les éruptions déjà bien connues, autre que l'érythème polymorphe, se distinguent, au contraire, on ne peut plus aisément de ces dermatites polymorphes prurigineuses aiguës.

L'*herpes iris* de Bateman, auquel on peut, avec certaines réserves (1), donner aussi le nom d'hydroa vésiculeux (Bazin), en diffère par le peu de polymorphisme de son éruption papuleuse ou en cocarde, d'aspect si connu, et d'ordinaire, malheureusement pas toujours, par le peu d'intensité de ses troubles fonctionnels; les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës semblent pouvoir, dans certains cas, revêtir son aspect; mais elles ne le font jamais que momentanément; les autres éléments éruptifs permettront alors de reconnaître la véritable nature de l'affection.

Nous renvoyons à ce que nous avons dit au chapitre de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique pour les relations étroites qui paraissent

(1) Je dis avec certaines réserves, car plusieurs des cas publiés par Bazin sous le nom d'hydroa vésiculeux nous paraissent devoir être rangés dans les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës.

sont relier certains cas d'*urticaires bulleuses* et d'*éruptions médicamenteuses* au groupe que nous étudions, et pour le diagnostic différentiel que l'on doit établir entre lui et l'*urticaire bulleuse* vraie.

Quant aux affections que l'on a désignées sous le nom d'*herpès généralisé fébrile*, nous ferons remarquer que, dans les quatre cas relatés par Coutagne, voir *Annales de dermatologie* (1870-71, p. 162), il n'y a ni prurit, ni cuisson signalés; l'éruption, quoique caractérisée par des poussées successives, n'est, en somme, que vésiculeuse et un peu érythémateuse. Les auteurs ultérieurs ont publié au contraire, sous le nom d'*herpès généralisé fébrile*, des observations assez discutables; nous venons de voir que l'une d'elles (Obs. A) peut être rangée dans les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Il en est d'autres qui, bien que caractérisées par des éruptions surtout herpétiques d'aspect, nous semblent également, quoique avec un peu moins de certitude, pouvoir être rattachées à ce groupe morbide. Nous avons déjà dit que ce serait à ces cas que nous paraîtrait vraiment convenir la dénomination de dermatites herpétiformes (Obs. G. J. N.).

Plusieurs des faits publiés sous le nom de pemphigus aigu doivent être classés dans les dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Les autres se distinguent des diverses observations avec lesquelles nous avons constitué notre groupe, par la gravité de l'affection, par l'absence de phénomènes cutanés douloureux, enfin par le polymorphisme moins accentué de l'éruption.

Traitement. — Le traitement de nos six premiers cas a été des plus simples. On a fait de l'expectation en se contentant de quelques applications émollientes, bains simples, glycérolé d'amidon, ou l'on a poudré le malade avec de la poudre d'amidon. Dans l'observation A, on a donné de la quinine; dans l'observation C, quatre, puis six milligrammes d'arséniate de soude; dans l'observation E, de la liqueur de Fowler. Dans quelques-unes de nos douze autres observations, les médications instituées ont été les mêmes que celles dont nous avons déjà parlé en étudiant les dermatites polymorphes prurigineuses chroniques. Je crois qu'en présence de cas présentant comme symptômes le syndrome de la dermatite polymorphe chronique aiguë, on pourrait :

1° Au point de vue de la médication interne :

a. S'il y a de la fièvre, donner du bromhydrate de quinine; b, sinon administrer, seul ou concurremment avec la quinine, l'arséniate de soude en atteignant assez vite des doses élevées quoique compatibles avec le bon état du tube digestif.

2° Au point de vue de la médication locale :

Se contenter de simples onctions de vaseline ou de glycérolé d'amidon, ou mieux d'enveloppement avec le liniment oléo-calcaire et l'ouate;

si les démangeaisons sont trop pénibles, employer des lotions antiprurigineuses au sublimé, à l'acide phénique, à la cocaïne, etc.; si les douleurs de tension causées par les bulles sont fortes, les crever et faire les pansements avec du liniment oléo-calcaire antiseptisé.

Je renvoie, pour plus de détails, au traitement de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

Si je recommande de prendre toutes ces précautions, ce n'est pas que je les considère comme nécessaires ni même comme fort utiles dans la grande majorité de ces cas aigus, mais j'estime que, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint pour la première fois d'une poussée éruptive semblable à celles que nous venons d'étudier, et qui peut être la première atteinte d'une dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, il faut mettre tout en œuvre pour faire disparaître le plus rapidement ces phénomènes morbides.

(A suivre.)

NOTE SUR LA PATHOGENIE ET LE TRAITEMENT DE LA TOURNIOLE

Par le Dr **Ernest CHAMBARD.**

I

C'est un fait généralement accepté que la tourniole succède à la piqûre du repli sus-inguéal par un corps étranger malpropre. Près de trois fois plus commune chez l'homme que chez la femme, fréquente surtout à l'époque de la vie où se fait l'apprentissage des professions manuelles, affectant dix fois plus souvent la main droite que la main gauche, cette affection atteint de préférence les sujets qui exercent des métiers exigeant le manie-ment d'instruments pointus : cordonniers, tailleurs, cuisiniers, jusqu'aux pêcheurs à la ligne ; elle serait même, pour ainsi dire, endémique chez les pêcheurs de Terre-Neuve qui, plongeant la main dans le gosier des poissons pour en retirer l'hameçon chargé d'un appât putréfié, se blessent souvent à cet engin ou aux dents de l'animal (1).

Une étiologie aussi nette, éclairée à la lumière de la théorie des maladies parasitaires, nous permet déjà d'envisager la tourniole ainsi que, d'ail- leurs, les autres variétés du panaris, comme une affection parasitaire locale due à la pénétration accidentelle, par une effraction épider- mique, de germes extérieurs et les cas d'épidémie de panaris rapportés par Ravaton (2), Martin (3) et Audry (4), de quelque manière qu'on les veuille expliquer, ne peuvent que fournir de nouveaux arguments cliniques à l'appui de cette hypothèse.

La nature parasitaire d'une affection ne saurait, toutefois, être tenue pour objectivement démontrée qu'après la découverte, l'isolement et l'inoculation positive de son ou de ses parasites pathogènes. Sans être absolument rempli pour ce qui concerne celle qui nous occupe, ce pro- gramme est en cours d'exécution. La présence constante de microbes dans la sérosité purulente de la tourniole n'est douteuse pour personne.

(1) POLAILLON. *Art. PANARIS (Dict. encyclop. des Sciences médicales)*.

(2) RAVATON. Cité par M. Polailon.

(3) MARTIN. In *Thèse de Avise*, 1886.

(4) AUDRY. Note sur une épidémie de tourniole développée par contagion dans une école (*Lyon médical*. 1886).

MM. Cornil et Babès (1) y décrivent un streptococcus et M. Audry a rencontré des staphylococci et des streptococci. Il ne reste plus qu'à isoler les microbes par la culture, ce qui est parfaitement possible, et à reproduire, en les inoculant à l'état de pureté, la lésion que l'on paraît être en droit de leur attribuer.

Le panaris et surtout la tourniole ne sont pas rares chez les aliénés, qu'agités ils se blessent en se débattant, ou que déprimés et gâteux, ils frottent automatiquement leurs mains, souvent souillées de matières fécales, contre les corps étrangers laissés à leur portée. Parmi les nombreux cas qui se sont offerts à notre observation, nous ne retiendrons que les suivants, à propos desquels nous avons fait les quelques recherches microbiologiques qui servent de base à cette note.

Robad..., 44 ans, journalier. — Paralytie générale expansive et mégalo-maniaque, tuberculose pulmonaire et fistule cervicale tuberculeuse, guérie par l'iodoforme. Mort de pneumonie double avec poussée de méningite tuberculeuse. — Tourniole du pouce gauche : sérosité purulente inodore.

Mich..., 37 ans, tailleur. — Paralytie générale expansive et mégalomaniaque. Furoncle de la fesse gauche traité et guéri par l'iodoforme. — Tourniole du pouce droit : sérosité purulente inodore.

Coud..., 23 ans. — Débilité mentale. — Tourniole de la face dorsale de la phalange du pouce droit avec lymphangite et adénopathie épitrochéenne.

Dubr..., 30 ans, maçon. — Délire chronique à la période mégalomaniaque. — Tourniole de la face dorsale de la phalange du pouce droit rapportée par le malade à la piqure d'un fétu de paille. Pus épais, sanguinolent et fétide.

Duss..., 30 ans environ. — Démence paralytique, gâtisme. — Tourniole de la région latérale interne du pouce droit. Pus sanguinolent et fétide.

Ver..., 34 ans, peintre en bâtiments. — Paralytie générale à forme dépressive avec démence. — Tourniole latérale.

Fum..., 23 ans, gardien. — Panaris sous-cutané de la pulpe du pouce.

La technique que nous avons suivie pour l'étude microbiologique des cas dont nous venons de donner le sommaire est des plus simples. Après avoir arrosé largement d'alcool le doigt malade, nous percions avec une aiguille flambée au rouge l'abcès sous-épidermique ou sous-dermique et, de la grosse goutte de pus qui s'en échappait, nous faisons deux parts. L'une était portée directement dans un tube à culture contenant de la gélatine peptone à 10 0/0 et placé dans une étuve à $+ 22^{\circ}$ C.

L'autre, destinée à l'examen micrographique, était étalée par pression entre deux lamelles et, après dessiccation, fixage et coloration par la solution hydro-alcoolique de bleu de méthyle, montée dans l'eau sucrée, la solution concentrée d'acétate de potasse ou, après éclaircissement, le baume du Canada. Nous nous sommes servi pour l'examen de ces préparations du condensateur d'Abbe et de l'objectif à immersion

(1) CORNIL et BABÈS. *Les Bactéries* (Paris, 1886).

homogène de 1/20" de Leitz qui donne, avec les oculaires 2 et 3 et un tirage de 160 millimètres, des grossissements approximatifs de 1,000 et 1,500 diamètres.

Nous avons rencontré dans la sérosité purulente ou le pus de la tourniole un grand nombre de schistomycètes que nous décrirons sommairement en nous rapprochant de la classification de Cohn qui, bien qu'imparfaite comme, d'ailleurs, toutes les tentatives de ce genre, est encore la plus simple et la plus commode (1).

Les micrococci isolés ou *monococci*, se rencontrent chez tous les malades, tantôt peu nombreux comme chez Robad..., tantôt innombrables et presque toujours associés avec d'autres genres du groupe micrococcus. Rarement contenus dans le protoplasma des cellules lymphatiques purulentes, ils nagent ordinairement dans le liquide intercellulaire. Ce sont des éléments sphériques dont le diamètre, assez uniforme pour chaque cas particulier, varie de $0\mu 6$ à 1μ . et dans lesquels il est impossible, du moins avec l'objectif déjà puissant dont nous disposons, de saisir aucune trace de structure.

Les micrococci géminés ou *diplococci* accompagnent toujours les précédents. Ils sont constitués par des micrococci qui, selon les phases du processus de scissiparité qui leur donne naissance, sont presque confondus l'un avec l'autre, se touchent par une surface aplatie, ou sont nettement distincts et en contiguité seulement par un point de leur surface sphérique.

Les micrococci en séries longitudinales ou *streptococci* sont aussi très communs, mais, cependant, moins constants que les précédents. Ce sont des chaînettes droites et courtes incurvées ou onduleuses lorsqu'elles ont plus de 3μ à 15μ de longueur et composées de trois à douze articles bien distincts.

Certaines de ces chaînettes semblent formées de monococci placés bout à bout; mais, dans beaucoup d'autres, chaque élément est un diplococcus, de sorte que chaque article, séparé du suivant par un espace clair relativement assez considérable, est lui-même divisé en deux segments presque hémisphériques par un espace beaucoup plus mince, intercalaire aux deux monococci qui le composent. Sur certaines préparations, le streptococcus nous a paru constitué par un filament hyalin presque réfractaire à toute coloration et rempli par les micrococci dans l'intervalle desquels il est seulement visible.

Non moins fréquents sont les micrococci en grappes ou *staphylococci*, formant des groupes irréguliers de dix à vingt diplococci. Ils existaient presque à l'état de pureté dans le pus du malade Ver..., dont une goutte

(1) Voir, à ce sujet, l'utile tableau dichotomique des genres du groupe des schistomycètes, in *Traité de microscopie clinique*, de Bizzozero et Firket, 2^e éd., 1886.

ensemencée sur de la gélatine à 10 0/0, nous a donné le bouton jaune orange caractéristique du *staphylococcus aureus* de Pasteur, Krause et Rosenbach.

Le *micrococcus tetragenus* est aussi très commun et nous l'avons rencontré chez la plupart de nos sujets. Il est caractérisé par les groupes réguliers et symétriques de quatre micrococci, résultant de la scission, suivant deux lignes réciproquement perpendiculaires, d'un micrococcus primitif et entourés d'une atmosphère réfractaire à la coloration. Ce micrococcus se cultive très bien sur la gélatine qu'il ne liquéfie pas et à la surface de laquelle il forme une masse blanche assez volumineuse où les éléments parasitaires sont plus gros que dans le pus d'origine.

Chez Robad..., nous avons trouvé, à l'exclusion de tout autre microbe, sauf de rares micrococci isolés ou géminés, un micrococcus tetragenus également peu abondant, mais analogue par son aspect et ses dimensions à la *sarcina ventriculi*. Ce tetragenus paraît être constitué par des groupes de quatre micrococci sphériques ou légèrement hémisphériques par contiguité, de $0,9\mu$ à $1,2\mu$ de diamètre, entourés d'une capsule à double contour, hyaline non colorable, assez épaisse pour donner à l'ensemble un diamètre de 4μ à 5μ . Ces groupes primitifs se réunissent à la manière de ceux de la sarcine, en amas cubiques de 4 à 20 éléments de dimension assez considérable pour qu'on puisse facilement les distinguer à un faible grossissement.

Chez un autre malade, le nommé Coud..., nous avons cru reconnaître une disposition qui n'a pas été, que nous sachions, signalée. Certains streptococci nous ont paru formés, non de rangées linéaires de mono- ou de diplococci, mais bien de rangées de quadragenis ainsi qu'en témoignent la largeur du bâtonnet qui dépasse $1,2\mu$ et l'existence d'une strie longitudinale bien visible à l'éclairage oblique.

Ces microbes, qui tous, quel que soit leur mode de groupement, appartiennent au genre micrococcus, existent seuls dans le pus inodore des phlyctènes intactes, mais chez Duss... et Dubr..., dont les phlyctènes crevées au moment de l'examen permettaient l'accès de l'air, et renfermaient un pus fétide, on en rencontrait d'autres : bactéries simples ou géminées de 3μ à 8μ de longueur et bactériidies analogues au leptothrix qui liquéfiaient la gélatine.

III.

Ces quelques recherches viennent à l'appui de l'origine parasitaire de la tourniole et, tout en confirmant au point de vue morphologique celles de MM. Cornil, Babès et Audry, montrent l'existence, dans le pus du

panaris sous-épidermique et même dans un cas de panaris sous-cutané, non seulement d'un streptococcus et d'un staphylococcus, mais de la plupart des germes que peuvent constituer les micrococci suivant leur mode de division ou d'association (diplococci, staphylococci, streptococci, tetrageni).

Elles nous ont suggéré l'idée d'appliquer au traitement du panaris la méthode que nous avons déjà employée avec succès dans celui de l'anthrax (1). S'agit-il d'un panaris sous-cutané, nous l'incisons et après avoir nettoyé le foyer purulent à l'aide d'une injection phéniquée, nous le bourrons, selon qu'il est plus ou moins anfractueux, de poudre ou de crayons d'iodoforme; le panaris est-il sous-épidermique, après avoir excisé la voûte de la phlyctène, nous en saupoudrons le plancher avec le même médicament : un morceau de gaze iodoformée et une bande complètent le pansement que nous renouvelons chaque jour. Nous avons vu ainsi guérir sans complications et très rapidement tous les panaris, et ils sont assez nombreux, que nous avons pu observer en deux ans parmi les 5 ou 600 malades de la division des hommes de l'asile de Ville-Evrard et, fait que nous avons déjà signalé à propos de l'histoire du furoncle et de l'anthrax chez les aliénés, les malades les plus affaiblis nous ont paru supporter leur mal et guérir au moins aussi bien que les plus vigoureux.

(1) E. CHAMBARD. Contribution à la théorie infectieuse de la furunculose. — Cas de pneumonie parasitaire furunculose (*Progrès médical*, 1887).

DES GOMMES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE

Par le Dr A. TROUSSEAU.

Les gommès de la conjonctive palpébrale ont été jusqu'ici très peu étudiées, ce qui s'explique par leur rareté proclamée par tous les auteurs classiques.

Un assez grand nombre de travaux ont été faits sur les gommès des paupières en général.

Mackenzie (traduction française 1844), Desmarres (1847), Hirschler (1866), Galezowski (1872), Von Vogel (1873), Michel (1875), Fuchs, Bull, Magawly (1878), Falchi (1879), Tavignot, Wiethe, Julinsbürger (1882), Back, Doming (1884), sont des hommes à citer dès qu'on touche à cette question.

Toutefois, il m'a été impossible de trouver dans la littérature ophthalmologique un travail donnant une idée exacte des gommès de la conjonctive *palpébrale*. Aussi, utilisant deux cas que j'ai eu l'heureuse fortune d'observer, me servant de quelques renseignements fournis par mes prédécesseurs, me permets-je de présenter l'exposé qui va suivre. On me pardonnera aisément de remplacer la lecture aride de deux observations par une étude descriptive.

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux, à peine le patient s'aperçoit-il d'une certaine lourdeur, d'une gêne dans les mouvements des paupières. A cette époque, un examen attentif ferait voir la conjonctive soulevée par une ou plusieurs petites grosseurs analogues à des chalazions, et, il faut l'avouer, le diagnostic serait fort difficile si les choses restaient en cet état. Bientôt une certaine réaction se produit; les tumeurs s'ulcèrent avec des caractères spéciaux, sur lesquels nous reviendrons, et, sous l'influence du traitement, la cicatrisation se fait sans grand fracas, sans grand dégât. Tel est l'aspect de l'affection dans sa forme chronique.

Bien plus caractéristique est la forme aiguë qui, après une période latente de courte durée, force l'attention de l'observateur.

La rougeur débute par le bord ciliaire de la paupière qui s'épaissit, puis elle gagne la presque totalité du voile palpébral en respectant pourtant le tiers supérieur environ. Il existe un œdème assez considérable, la

peau est rouge, livide, violacée. En la déprimant, on sent le tarse gonflé, épaissi. Il n'y a pas de sécrétion conjonctivale marquée. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont engorgés. La douleur spontanée n'existe pas; provoquée, elle est loin d'être vive. Au bout de quelques jours, les phénomènes réactionnels s'amendent, la peau pâlit, perd sa teinte violacée; seul l'épaississement persiste, puis, peu à peu, très lentement, tout rentre dans l'ordre et la paupière reprend son apparence normale sauf méfaits cicatriciels.

A ces aspects divers du tégument correspondent des manifestations conjonctivales importantes sur lesquelles je vais insister.

Au commencement, il existe une ou plusieurs petites tumeurs ayant un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noisette et soulevant la conjonctive légèrement hyperémisée qui, bientôt, au niveau de ce soulèvement, va se teinter de petits points jaunâtres, au nombre de deux ou trois pour chaque élévation. C'est la première période ou période d'éruption, qui passerait inaperçue si on n'était amené à retourner la paupière par les plaintes du patient.

Rapidement la gomme crève et la deuxième période dite de ramollissement ou d'ulcération commence. Toutes les élévures n'apparaissent pas et ne s'ulcèrent pas en même temps; aussi peut-on voir sur une même conjonctive des gommes à la période d'éruption et d'autres à une période déjà avancée du stade ulcéreux.

Les ulcérations gommeuses se rapprochent, en général, de la forme circulaire; leurs bords adhérents sont taillés à pic, le fond est déchiqueté, raviné, recouvert d'une pellicule, ici grise, là jaune, qui ressemble à des morceaux de filasse. Cette matière, très adhérente par places, se laisse facilement arracher en d'autres points. Certaines ulcérations se réunissent en groupe; dans ce cas, les unes sont superficielles, les autres profondes, et il existe une disposition en marche d'escalier tout à fait caractéristique. Parfois, deux ulcères se fusionnent pour n'en constituer qu'un seul qui se rapproche de la forme circulaire. Entre les ulcères, la muqueuse est boursouflée, parfois ecchymotique. Constamment, les pertes de substance respectent les culs-de-sac; elles ne siègent que sur la partie moyenne et inférieure de la conjonctive.

C'est pendant cette période que les phénomènes réactionnels sont les plus intenses. Ils vont s'atténuer dans la troisième période ou période de réparation pour cesser tout à fait lors de la cicatrisation.

Bientôt, surtout si le traitement est actif, les ulcères se détergent, la matière grisâtre disparaît, les bords s'affaissent, le fond se nettoie, se comble et bourgeonne; l'engorgement ganglionnaire diminue.

De tout cet appareil en somme effrayant, il ne restera qu'une cica-

trice blanchâtre, fibreuse, assez souple pour ne pas trop gêner le jeu de la paupière.

Le pronostic est bénin lorsque le traitement est institué à temps ; pourtant, il faut compter avec des rétractions ou des déviations consécutives des paupières, quelquefois avec une chute des cils qui repoussent plus tard, plus souvent avec une atrophie du tarse et un petit degré de lagophthalmos.

Dans les deux cas que j'ai suivis, la guérison a été parfaite. Si l'affection est méconnue ou si elle est traitée tardivement et mollement, il se peut qu'il se produise de la gangrène de la paupière, voire même du phagédénisme. On sait la gravité de ces complications.

Dans les cas favorables, la maladie dure de 6 à 10 semaines ; dans certaines formes chroniques, elle peut se prolonger plusieurs mois.

L'affection n'atteint le plus souvent qu'une seule paupière, la supérieure surtout, mais elle siège aussi quelquefois sur les deux paupières du même côté, et, en même temps aussi, sur des paupières du côté opposé.

Le nombre des tumeurs est variable : 1 à 3 ou 4 en général ; on en a compté 8 à la même paupière.

Comme Fuschs l'a bien mis en relief, comme ma propre expérience l'a confirmé, c'est le tarse qui est le point de départ des productions gommeuses. Je n'en veux pour preuve que le siège habituel de ces tumeurs, que l'épaississement du tarse qui ouvre la marche et qu'on sent aisément par le palper au début, que l'atrophie consécutive de cet organe qui manque rarement.

On s'est plu à répéter que les gommés des paupières ne survenaient qu'à la période tertiaire de la syphilis. Les deux faits que j'ai vus sont contraires à cette notion. Le premier sujet a été atteint 9 mois après l'infection, le deuxième 12 mois après le chancre. Tous les deux étaient en pleins accidents secondaires et, fait à retenir, sous le coup d'une syphilis particulièrement grave. Le premier avait eu préalablement trois poussées successives d'irido-choroïdite spécifique sur l'œil, dont la conjonctive fut atteinte plus tard ; depuis, il a présenté des accidents d'une rare intensité.

En général, on établira facilement le diagnostic sur les signes indiqués plus haut, spécialement sur l'aspect des ulcérations, l'engorgement ganglionnaire, l'étude des antécédents du malade.

Au début, on évitera de confondre les gommés avec une blépharite hypertrophique ou ulcéreuse, avec des chalazions, avec un abcès ou un phlegmon de la paupière. Dans ce dernier cas, la rougeur est plus vive, la peau est plus tendue, la totalité du voile palpébral est envahie

par l'inflammation, la douleur est très violente et il existe parfois un état fébrile.

La tarsite consiste en un épaissement chronique du tarse sans grande réaction et sans ulcération.

Le chancre de la conjonctive palpébrale se distingue de la gomme en ce qu'il a pour point de départ le bord marginal, en ce qu'il ne s'accompagne que d'une hyperémie localisée à son voisinage immédiat, en ce qu'il est unique et en ce qu'il amène un gonflement, le plus souvent énorme, du ganglion préauriculaire, sans parler de l'induration bien connue.

L'épithélioma débute par le bord palpébral, n'est jamais multiple, ne se recouvre pas de cette matière particulière grisâtre; son fond, lorsqu'il est ulcéré, est rouge sanguinolent. Le lupus n'est pas primitif sur la conjonctive et n'est point accompagné d'engorgement du ganglion préauriculaire.

Les tubercules de la conjonctive ont quelques points communs avec l'affection gommeuse (saillies jaunâtres, ulcérations, engorgements du ganglion préauriculaire); mais la paupière est rarement très gonflée, les ulcérations sont très petites, à fond granuleux, à bord taillés à l'emporte-pièce; le malade présente des signes de tuberculose générale.

Le traitement local des gommès consistera en lavages antiseptiques, en pommade iodoformée; il cédera le pas au traitement général qui, d'emblée, devra être énergique. On donnera de hautes doses d'iodure de potassium, on prescrira les frictions mercurielles et une cure heureuse ne tardera pas à récompenser la précision du diagnostic.

A PROPOS DU DANGER QUE FONT COURIR A LA SANTÉ
PUBLIQUE LES FILLES PUBLIQUES INSOUMISES

Par M. le Professeur **Henri LELOIR**.

L'observation suivante est un exemple frappant du danger que font courir à la santé publique les filles publiques insoumises. C'est à ce seul point de vue que je la relate.

Du 19 mars au 26 mai 1886, il est entré dans ma clinique des maladies cutanées et syphilitiques (salle des Vénériens), à l'hôpital Saint-Sauveur, 6 malades atteints de chancres infectants, lesquels avaient tous les 6 contracté leur syphilis avec la même femme. Ces sujets, dont les entrées dans ma salle se sont suivies de près, et qui se trouvaient tous réunis dans ma clinique à la même époque, nous firent remarquer (leur attention ayant été attirée sur la date de contamination par la lecture que les élèves me faisaient de leurs observations au lit du malade) qu'ils avaient tous les 6 été contaminés par la même femme. J'établis une enquête minutieuse qui ne tarda pas à me convaincre que, en effet, ces malades avaient été infectés successivement par une prétendue domestique, reconnaissable à la perte de ses incisives médianes supérieures, aux cicatrices d'écrouelles qu'elle porte au côté gauche du cou, etc., et qui recrutait particulièrement sa clientèle dans le hall d'un de nos journaux lillois, *l'Echo du Nord*.

Voici la liste des hommes contaminés par cette femme :

1° Fernand D..., 21 ans, ajusteur. Entré le 19 mars 1886. Coït avec la nommée X..., vers le 20 février. Pas de coït ultérieur. Vers le 5 mars, apparition d'un chancre infectant de la rainure balano-préputiale. Le 27 avril, roséole confluente, etc.

2° Félix P..., 20 ans, gazier. Entré le 31 mars 1886. Coït avec la nommée X... dans les premiers jours de mars. Pas de coït ultérieur. Vers le 18 mars, début du chancre infectant. A son entrée, chancre infectant nécrobiotique en partie masqué par un phimosis fortement inflammatoire. Le 25 avril, syphilis papuleuse discrète, etc...

3° André A..., 20 ans, journalier. Entré le 27 avril 1886. Coït avec la nommée X... dans les premiers jours de février. Pas de coït ultérieur avant l'apparition du chancre. Trois semaines après, chancre infectant du frein. A son entrée, on constate le vestige du chancre et une syphilide papulo-squameuse discrète et généralisée, des papules gutturales, etc.

4° Léandre F..., 19 ans, charcutier. Entré le 4 mai 1886. Coït avec la nommée X... dans les derniers jours de février. Pas de coït ultérieur. Le 20 mars, apparition de 3 chancres infectants du prépuce. Le 2 mai, roséole confluyente.

5° Adolphe C..., 32 ans, ajusteur. Entré le 4 mai 1886. Coït avec la nommée X... dans les derniers jours de février. Pas de coït ultérieur. Ne s'est aperçu de son chancre qu'à cause du gonflement de la verge, il y a un mois (chancre masqué par un phimosis). A son entrée, chancre de la rainure. Le 17 mai, roséole confluyente.

6° Gustave C..., 19 ans, ébéniste. Entré le 26 mai 1886. Coït avec la nommée X... dans les derniers jours de février. Pas de coït ultérieur avant l'apparition des chancres. Trois semaines après, apparition de 3 chancres de la face interne du prépuce pour lesquels il fut soigné en ville. A son entrée, 3 chancres infectants en train de se cicatriser, syphilide papuleuse discrète. Roséole en voie de disparition. Le malade ne peut indiquer d'une façon précise la date de début de cette éruption.

D'après le dire des malades, deux de leurs camarades auraient été également contaminés par la nommée X... dans le courant du mois de mars 1886, ce qui porterait le nombre des infectés connus à 8. Je n'ai malheureusement pas vu ces deux sujets et n'en tiens par conséquent pas compte dans cette note.

En somme, en l'espace d'un mois, cette fille a communiqué la syphilis à 6 individus qui, tous les 6, sont entrés dans mon service.

L'ardeur qu'elle mettait, d'après le dire des hommes, à recruter sa clientèle, doit faire supposer que les malades que j'ai soignés ne constituent qu'une petite fraction du nombre de ses victimes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ARTHRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE.

Par **G. CHEMINADE**, interne à l'hôpital Saint-Jean (de Bordeaux).

Depuis le mois d'octobre où j'ai publié, dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, une observation d'arthrite syphilitique secondaire, j'ai eu la bonne fortune de recueillir deux nouveaux cas.

Le premier a été présenté à la clinique par mon maître, M. le professeur Venot. Le second a trait à un malade que je soigne en ville.

OBSERVATION I.

Le nommé Pierre R..., âgé de 33 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Saint-Jean, le 15 novembre.

Chancre induré sur la face externe du prépuce, apparu dans le courant du mois d'août. Guérison. Au mois d'octobre, plaques muqueuses au scrotum. Roséole confluyente sur l'abdomen et la poitrine. Plaques d'ecthyma sur le dos. Elles sont humides et sécrètent une humeur abondante. Un mois après, plaques de même nature, mais plus petites, à la figure. Chute des cheveux.

L'aspect du malade est mauvais. Il paraît très affaibli, semble beaucoup plus vieux que son âge.

Arthrite du poignet et du coude gauche. Douleur diffuse s'irradiant dans les muscles de l'avant-bras. Fièvre modérée. Céphalée nocturne. Aucun antécédent rhumatismal, tant personnel qu'héréditaire. Pas d'accidents viscéraux. Rien d'anormal au cœur.

Traitement. — Frictions de liniment volatil camphré. Solution bi-iodurée. 2 cuillerées par jour.

L'état du malade est très satisfaisant, quand il sort de l'hôpital, le 15 décembre. Quelques jours avant sa sortie, le malade contracta un érysipèle qui lui nettoya complètement la peau et fit disparaître tous les accidents dermatiques qui s'y trouvaient.

OBSERVATION II.

C..., Philippe, 29 ans, professeur.

Chancre dur apparu dans les premiers jours de juin. Trois semaines après, boutons à la plante des pieds; épiderme desquamé. Psoriasis palmaire. Ganglions occipitaux engorgés. — Ganglion sus-épitrochléen de l'avant-bras droit, roulant sous le doigt et indolore. Plaques muqueuses à la bouche et aux lèvres. Impétigo du cuir chevelu. Alopecie. Céphalée nocturne.

30 octobre. — Gonflement très prononcé de l'articulation tibio-tarsienne droite, douloureuse à la pression seulement. La douleur remonte le long du nerf saphène interne. Le malade peut néanmoins marcher sans trop de fatigues. Pas d'accidents viscéraux. Le traitement consiste en applications de collodion riciné sur l'articulation. A l'intérieur, iodure de potassium, 2 cuillerées par jour.

5 novembre. — Guérison complète de l'arthrite.
Le malade continue son traitement spécifique.

Comme l'a très bien démontré encore dernièrement M. le professeur Fournier, la syphilis, arrivée à la période secondaire, peut donner lieu à des manifestations du côté des articulations. Ce n'est pas là l'opinion de tout le monde, et, vu la rareté des observations, l'arthrite syphilitique est encore une question en litige. Cependant, après les travaux concluants quoique peu nombreux qui ont élucidé le problème, on doit croire à l'action de la diathèse syphilitique se portant soit sur les surfaces osseuses, soit sur la synoviale seulement, soit même sur les tendons articulaires, ou sur l'articulation tout entière.

Il ne faut donc pas commettre l'erreur de quelques auteurs qui n'ont voulu voir, dans ces phénomènes morbides, qu'une simple coïncidence de deux affections étrangères l'une à l'autre, et qui ont réédité pour la syphilis ce qu'ils ont dit pour la blennorrhagie dans ses rapports avec le rhumatisme.

La famille des arthrites offre des variétés et, si nous rapprochons le rhumatisme articulaire aigu du rhumatisme chronique, nous trouvons déjà des différences. A plus forte raison pour le rhumatisme syphilitique. Qu'on nous permette de mettre sous forme de tableau les symptômes de l'une et de l'autre affection :

<i>Arthrite simple.</i>	<i>Arthrite syphilitique secondaire.</i>
Douleur très vive.	Douleur seulement à la pression.
Déformation de l'article.	Simple gonflement de l'article.
Température locale plus élevée.	Température la même que celle des autres jointures.
Bruit de souffle cardiaque.	Rien au cœur.
Sueurs abondantes et acides.	Pas de sueurs; très peu de fièvre.
Symétrie des localisations rhumatismales.	Une seule articulation prise, le plus généralement.

A cette variété, M. Fournier a donné le nom de pseudo-rumatisme. Durant le cours de la période secondaire, l'arthrite rhumatismale peut se présenter sous trois formes :

- 1° L'arthralgie, qui ne donne lieu à aucune lésion apparente ;
- 2° L'arthrite subaiguë, ou fluxion inflammatoire des jointures ;
- 3° L'hydarthrose, ou fluxion hypercrinique des jointures.

Les deux observations que nous relatons se rapportent au premier cas.

La durée, quoique variable, est courte, puisque, dans un cas, nous l'avons trouvée n'excédant pas deux septénaires. Il n'y a pas eu, non plus, de retentissement du côté du cœur et des viscères.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — UEBER ALOPECIA AREATA UND UEBER DIE VERANDERUNG DER HAARE BEI DERSELBEN (DE L'ALOPÉCIE EN AIRES ET DE L'ALTÉRATION DES POILS DANS CETTE MALADIE) par G. BEHREND (Tirage à part des *Archives de Virchow*, 1887, tome CIX, page 493).
 - II. — RECHERCHES SUR LE TRICHOPHYTON TONSURANS. — Communication faite au Congrès médical de Pavie, par le professeur CELSO PELLIZZARI (*Giornale ital. del. mal. vener. e del. pel.*, mars 1888).
 - III. — CLINIQUE DERMOSYPHILOPATHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE GÈNES. TRICHOPHYTON TONSURANS ÉPIDERMIQUE, TUMEUR TRICHOPHYTIE, par le professeur R. CAMPANA (*Riforma Medica*, 28 avril 1888).
 - IV. — D'UN NOUVEAU TRAITEMENT DE L'HERPÈS TONSURANT, par CHARON et GEVAERT (*Journal de médecine de la Société des sciences médicales de Bruxelles*, 20 novembre 1887).
 - V. — PATHOLOGY AND TREATMENT OF RINGWORM (DE LA TRICHOPHYTIE), par le Dr GEORGE THIN (in-8° de 87 pages. *London J. and A. Churchill*, 1887).
 - VI. — DIAGNOSTIC CLINIQUE DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DE LA MAIN ET DU PIED, par le Dr H.-G. KLOTZ (*Journal of cutaneous and gen. urin. diseases*, février-mars, 1888).
 - VII. — UEBER ELEKTROLYTISCH FLACHENATZUNGEN ZUR BEHANDLUNG DES LUPUS VULGARIS (SUR LES CAUTÉRISATIONS EN SURFACE PAR L'ÉLECTROLYSE DANS LE TRAITEMENT DU LUPUS VULGAIRE), par GARTNER et LUSTGARTEN (*Wiener med. Wochenschrift*, 1886, n° 27 et 28).
 - VIII. — CAS D'HYPERHIDROSE AVEC REMARQUES, par C. W. CUTLER (*Journal of cutaneous and. gen. urin. diseases*, février 1888 p. 43).
 - IX. — UNE NÉVROSE PÉRIPHÉRIQUE PARTICULIÈRE DE LA PEAU. — Observation clinique du professeur GAMBERINI (*Giornale italiano delle mal. vener. e della pelle*, décembre 1880).
 - X. — KÉRATOSIS FOLLICULARIS AVEC TYLOSIS FORT DÉVELOPPÉ DES PAUMES DES MAINS ET DES PLANTES DES PIEDS, par le Dr E.-A. NEELY (*Journal of cutaneous and gen. urin. diseases*, avril 1888 p. 128).
- I. — L'auteur n'admet pas l'opinion de Michelson acceptée par tous les dermatologistes, qu'on ne trouve dans l'alopécie en aires que

des modifications atrophiques des bulbes, non spéciales à cette affection. A son avis, les altérations des poils méritent l'attention et peuvent peut-être nous fournir des indications sur l'origine de l'alopecie en aires.

Mais les travaux relatifs à ces altérations sont antérieurs aux recherches récentes sur les conditions physiologiques de la croissance des cheveux et de quelques processus de kératinisation, notamment aux travaux de Waldeyer; d'autre part, le rôle de l'air à l'intérieur du poil a complètement échappé aux précédents observateurs.

L'auteur, dans ses recherches, ne considère comme alopecie en aires que les cas dans lesquels il s'agissait d'une chute de poils circonscrite, progressive, laissant à découvert une peau blanche, lisse, ne présentant ni vésicules, ni squames, ni croûtes. D'un autre côté, il faut compléter la symptomatologie de cette affection en ce sens que la présence de tronçons de poils au centre de l'aire et sur les bords ainsi que l'apparition d'une rougeur hyperémique doivent être dans certains cas considérées comme le symptôme initial. Le cas suivant en est une preuve.

Il concerne un jeune homme de 15 ans, d'aspect vigoureux, à chevelure forte et extrêmement épaisse. Le 1^{er} novembre 1886, il vient à la consultation; il a, sur le côté droit de l'occiput, une plaque chauve, de l'étendue d'une pièce de 2 francs, arrondie et d'une teinte normale, et dont la surface est recouverte d'un assez grand nombre de cheveux, disséminés, cassés juste au-dessus de la peau et dont l'extrémité présente déjà à l'œil nu un renflement en forme de massue. Ces cheveux étaient peu adhérents et cédaient à la plus légère traction. Il en était de même des cheveux situés au pourtour de la plaque. Cette espèce de tonsure s'était produite subitement trois jours auparavant, c'est-à-dire le 30 octobre; elle aurait été un peu rouge ce jour-là. Les jours suivants, il se développa, au-dessus de la première, une deuxième tache qui, peu à peu, se réunit à la précédente; elle se produisit également avec de la rougeur de la peau, qui disparut au bout de 3 à 4 jours.

Le 24 novembre, la plupart des tronçons de cheveux étaient tombés, la peau était lisse, blanche, paraissant amincie, en un mot avait l'aspect typique des aires habituelles.

Le 2 décembre, l'auteur présenta ce malade à la Société de dermatologie en raison d'une nouvelle plaque qui se développait sur le sommet du crâne avec rougeur; cette fois encore, la rougeur disparut en peu de jours en même temps que la chute des cheveux augmentait. La maladie évolua comme à l'ordinaire, et aujourd'hui (fin avril 1887), il existe deux grandes plaques arrondies, toutes les deux déjà recouvertes de poils lanugineux.

Le traitement a consisté uniquement dans l'application de cataplasmes.

La rougeur initiale et la présence d'un grand nombre de cheveux cassés ne s'observent que dans les cas à marche aiguë, ce qui a fait croire que la fragilité des poils n'existait pas dans la pelade, mais était pathognomonique de l'herpès tonsurans. Mais, dans les cas à début aigu, on trouve dans les poils des lésions qui expliquent leur friabilité.

Tous les cheveux peu adhérents ne sont pas malades. Chez une partie d'entre eux, l'extrémité terminale de la racine est effilée en forme de balais avec des fentes remplies d'air, et entourée de fragments de la gaine (poils à bulbe plein des Français, poils en massue de Henle, etc.), qui n'ont rien à faire avec le processus de l'alopecie en aires. Ce sont des poils dont les extrémités radicales ont des formes très variables et dont le caractère pathologique commun est une infiltration d'air s'étendant jusqu'aux parties les plus profondes. Cette infiltration peut en quelques points atteindre un tel degré que le poil se casse alors à ce niveau. Cette modification ne se produisant que dans le follicule, la rupture a lieu tout près au-dessus de la surface et laisse par conséquent de courts débris de cheveux.

Dans une alopecie en aires à marche chronique, on ne trouve qu'un petit nombre de ces cheveux à la périphérie des plaques chauves; dans les cas au contraire à période initiale aiguë, on peut, durant cette période, tirer de la surface rougie des touffes de ces cheveux.

Si l'on examine ces cheveux au microscope, on voit que leur extrémité radicale présente un certain nombre de taches foncées allongées ou arrondies, disséminées longitudinalement jusqu'au renflement fusiforme où se trouve une de ces taches. Ce point, qui correspond à peu près à l'infundibulum du follicule pileux, présente une tache noire fusiforme, occupant souvent la plus grande partie de la largeur du poil et offrant l'aspect d'un renflement fusiforme du canal médullaire. Sur quelques poils, les taches foncées sont si nombreuses et si serrées que toute la racine paraît noire et opaque, et en même temps bosselée et fendillée. Chez ce malade, ces cheveux étaient très nombreux. Cet état n'a pas été signalé par les observateurs précédents.

Ces taches foncées sont des réservoirs d'air. Cette altération consiste surtout dans la présence de l'air dans la racine où on ne l'observe jamais à l'état normal; là où il se trouve, il annihile complètement la vitalité du poil. On sait, depuis longtemps, que le poil normal contient de l'air. Les cellules jeunes du bulbe pileux sont des cellules dentelées, dans les fentes intercellulaires circule le liquide nutritif. Dès que le poil émerge du follicule et arrive en contact avec l'air atmosphérique, le liquide intercellulaire s'évapore, tandis que les espaces intercellulaires se remplissent d'air venu de l'extérieur et les cellules en voie de kératinisation se dessèchent et se rétractent. Il en résulte que l'air contenu dans la moelle et la couche corticale est de l'air atmosphérique en communication avec l'atmosphère; d'autre part, que la portion du poil, protégée par la gaine de la racine contre l'évaporation de son liquide intercellulaire, ne peut pas contenir de l'air à l'état normal, parce que cet air serait en connexion avec celui de la tige du poil et par suite avec

l'air atmosphérique, et entraînerait la dessiccation des cellules de la racine, d'où arrêt dans la croissance du poil et chute de ce dernier.

C'est là ce qui se passe pour les poils de l'alopécie en aires ; Bindplaisen a observé des renflements suprabulbaires complètement analogues, qu'il a décrits comme une modification caractéristique dans l'alopécie en aires et à l'intérieur desquels il existe, d'après cet auteur, une dégénérescence graisseuse des cellules. Dans le cas de Behrend, il ne peut être question de graisse, le cheveu ayant été complètement dégraissé.

Ces accumulations d'air n'amènent pas seulement la chute des poils, mais la déformation du bulbe et de la racine. Si toute la matrice du poil est en contact avec l'air, la croissance s'arrête subitement et le poil tombe sans que la forme du bulbe soit modifiée. Mais, si une partie seulement de la matrice est envahie par la dessiccation, la croissance cesse en ce point, mais continue dans la portion intacte jusqu'à ce que celle-ci soit affectée à son tour et l'on trouve alors des racines ayant des formes bizarres. Ces poils se terminent par une espèce de queue, dure, sèche, plus ou moins longue, gris blanchâtre, beaucoup plus mince que le poil normal et souvent terminée par un bulbe rudimentaire.

Presque tous les poils d'une aire sont extraits sous la gaine de la racine ; quelques-uns seulement en présentent des fragments et ce n'est qu'exceptionnellement que toute la gaine est conservée. Mais, dans ce cas, celle-ci a complètement perdu sa structure normale, c'est une masse sèche, transparente, rétractée, mince, entourant le poil. Mais les poils extraits d'un bulbe bien conservé ont laissé leur gaine dans le follicule, ce qui, étant donnée l'union intime de la gaine et de la racine, indique qu'il s'agit ici d'un phénomène tenant au processus pathologique.

Il est évident que c'est très probablement un processus de dessiccation. Comment l'air pénètre-t-il dans le bulbe ? Vient-il de la tige du poil ou s'élève-t-il du bulbe ? Dans ce dernier cas, il proviendrait des vaisseaux, car on ne voit pas comment il pourrait se produire spontanément à l'intérieur du poil. Dans la seconde hypothèse, on devrait trouver des poils dans lesquels le bulbe contenant de l'air est séparé de la tige qui en renferme aussi par du tissu normal privé d'air. Or, il n'en est pas ainsi et tout indique une pénétration de la surface vers le fond.

Cette pénétration ne peut avoir lieu que s'il y a évaporation du liquide intercellulaire et cette évaporation s'expliquerait par la séparation primitive de la gaine qui peut tenir à une interruption dans l'afflux des éléments de nutrition.

Il faudrait chercher la cause de l'alopécie en aires dans un trouble de la circulation, dans quelque affection de l'appareil vasculaire, opi-

nion émise depuis longtemps par Michelson. Dans les cas à début aigu comme dans celui rapporté ci-dessus, les symptômes indiquent une participation importante du système vasculaire : rougeur circonscrite subite coïncidant avec la chute des poils.

L'auteur termine en faisant remarquer que les partisans de l'origine trophoneurotique de l'alopécie en aires auront à expliquer cette rougeur initiale. Pour lui, il s'en tient à l'observation clinique et aux résultats de l'examen microscopique.

A. DOYON.

II. — Après les nombreux travaux qui ont paru sur le trichophyton, il semble que tout ait été dit sur cette affection. Le professeur Celso Pellizzari montre une fois de plus qu'un observateur consciencieux et zélé peut faire des recherches fructueuses dans les terrains les mieux explorés. La communication qu'il a faite au Congrès médical de Pavie ajoute plusieurs pages intéressantes à l'histoire du trichophyton.

Bien qu'il soit démontré que le trichophyton peut se développer sur toute la surface de la peau, on regarde comme très exceptionnelle sa présence à la paume des mains et à la plante des pieds. L'auteur pense que cette localisation n'est pas aussi rare qu'on le dit généralement. Il l'a rencontrée 7 fois sur 150 trichophytiques observés en 30 mois, à la Clinique de Pise.

Or, dans presque tous les cas, la maladie se présentait sous un aspect insolite. Comme cela arrive si souvent, la localisation imprime à la lésion une physionomie spéciale, qui tend à l'assimiler à beaucoup d'autres maladies de la région. On n'observe ni la configuration particulière des plaques de trichophyton, ni les flots de la périphérie; le prurit fait souvent défaut. La maladie se présente avec des caractères communs à la plupart des dermatoses de la région palmaire.

Quelquefois, ce sont de grosses vésicules irrégulières comme celles qui proviennent de l'application de substances irritantes. Plus souvent, les lésions ressemblent à celles de la dishydrose ou des eczémas professionnels : elles consistent en plaques irrégulières avec hyperkératose palmaire et rhagades.

Mais ces altérations ont un caractère clinique d'une haute importance, c'est leur localisation à une seule main, tandis que les eczémas professionnels ou sudoripares envahissent symétriquement les deux mains.

D'ailleurs, on n'arrive à un diagnostic précis qu'avec l'examen microscopique. Il faut avoir soin de choisir des éléments dans la profondeur des tissus malades, et de multiplier les examens, car le parasite est en général peu développé, d'aspect misérable, et se présente sous la forme de tubes de mycélium grêles et vides.

Il est admis par presque tous les dermatologistes que le trichophyton ne se développe pas sur une tête d'adulte, les observations de MM. Lailier, Hardy, Besnier, Colson et Barthélemy sont très concluantes à cet égard. Enfin, M. Besnier pense que le trichophyton n'a pas une durée indéfinie comme la teigne faveuse, et peut guérir spontanément sans laisser d'alopecie.

L'auteur montre que ces deux propositions ne sauraient avoir une rigueur absolue : il a pu observer pendant 3 mois, à sa clinique, une femme de 44 ans, atteinte de trichophyton du cuir chevelu et il a vu plusieurs fois chez des enfants l'affection évoluer lentement et avoir une durée presque indéfinie, malgré les traitements les plus énergiques et les plus variés. Il est à remarquer que la trichophytie, dans ces derniers cas, revêtait une forme un peu insolite. Au lieu des trois formes connues et généralement décrites *chérion*, *trichophyton tonsurans commun* et *pseudo-pelade*, ayant toujours pour caractère commun le développement en cercles, la maladie présentait, d'emblée ou peu après son début, une tendance remarquable à la diffusion. Elle envahissait le cuir chevelu par flots irréguliers, entraînant sur tous les points la chute des cheveux et se reproduisant d'une manière indéfinie sur toute la surface de la tête, sous formes de plaques étendues, régulières et franchement circonscrites.

Il est bon de remarquer toutefois que ces faits sont peu nombreux et ne sauraient infirmer les opinions émises par les auteurs français. Si le trichophyton peut se développer sur la tête d'un adulte, ce n'est que très exceptionnellement. Quant aux observations dans lesquelles les traitements les plus actifs et les mieux dirigés n'ont amené aucune amélioration pendant plus d'une année, elles nous paraissent plus propres à confirmer l'idée de notre savant maître le D^r Besnier, sur l'inefficacité des parasitocides, qu'à démontrer la durée indéfinie de la maladie. Si persistante et si prolongée que soit la trichophytie chez de jeunes sujets, il est très fréquent qu'elle ait une tendance naturelle à la guérison sous l'influence de l'âge.

Mais les deux points les plus importants de son intéressante communication comprennent des recherches sur le sycosis et sur la trichophytie des ongles.

Le professeur Pellizzari avait pensé depuis longtemps que le *sycosis non parasitaire* devait être beaucoup plus rare qu'on le dit généralement. Maintes fois déjà, il avait pu constater que des individus atteints de *sycosis reconnu non parasitaire* après plusieurs examens étaient porteurs, sur d'autres régions, de plaques de trichophyton. Fallait-il supposer que l'élément trichophytique, après avoir provoqué au début le développement de sycosis, avait disparu complètement au menton ? Comment

expliquer alors la persistance de l'irritation locale sous les mêmes formes ? Devait-on chercher un autre parasite qui prenait sur place la succession du trichophyton ?

Après avoir vainement examiné les squames épidermiques, les poils et des fragments de leur gaine, qui donnaient toujours des résultats négatifs, le professeur Pellizzari, s'inspirant des recherches de Campana sur la trichophytie dermique, enleva un fragment de la tumeur sycosique du menton, et put y constater, de la façon la plus manifeste, la présence du trichophyton dans le derme.

Il est probable qu'il en est ainsi dans beaucoup d'autres cas, et que la présence du parasite dans le derme explique la persistance du processus irritatif alors que des examens répétés de l'épiderme semblent affirmer la nature non parasitaire de l'affection.

Une des localisations les moins connues de la trichophytie, ce sont les lésions des ongles. Elles n'ont été signalées que d'une manière vague par la plupart des auteurs ; seul, Tilbury Fox ne la considère pas comme rare ; Bazin, Michelacci, Gamberini, en font à peine mention. Virchow, Bährensprung, Köbner, Bergh, Purser, en ont décrit quelques cas.

Celso Pellizzari a pu l'observer 20 fois sur 150 trichophytiques, en 30 mois. Il semble donc que cette affection ait une certaine fréquence, et qu'elle soit souvent méconnue.

La plupart des auteurs ont admis des lésions en foyers dans l'*onycomycose trichophytique*, cela n'est pas exact.

Dans les cas où l'observation a été faite à une époque rapprochée du début, la première modification consiste dans un changement de couleur de l'ongle. On voit, ou des points séparés, irrégulièrement distribués, ou des lignes longitudinales qui suivent la striation normale de l'ongle ; les uns et les autres ont une teinte blanchâtre, mate, ou offrant, comme certains cristaux de quartz, des reflets brillants qui font paraître l'ongle fêlé. Bientôt, au toucher, on perçoit à sa surface des inégalités, nettes surtout lorsqu'il s'agit de lignes longitudinales. Puis l'ongle commence à augmenter de volume. La couleur blanchâtre peut être limitée à un côté de l'ongle ; dans ce cas, le bord malade se soulève et forme une surface à concavité supérieure, tandis que la partie saine garde sa convexité normale. En général, ces modifications se font d'une manière uniforme, sur toute l'étendue de l'ongle, de la lunule au bord libre, avec une prédominance très nette au niveau des lignes longitudinales. Même après plusieurs années, l'ongle conserve sa transparence et une couleur blanchâtre comme si on l'avait fait bouillir. L'ongle peut aussi devenir 8 à 10 fois plus épais qu'à l'état normal. Plus tard, les inégalités s'accroissent, il se

forme de nouveaux reliefs dans le sens transversal, surtout à la partie antérieure de la lunule. La coloration devient plus irrégulière, un peu jaunâtre, mais elle est toujours différente de la teinte jaune-soufre de l'onycomycose faveuse.

Si la lame superficielle est détruite, on peut en retirer des fragments ayant l'apparence de l'amiante.

Presque toujours, on voit disparaître la teinte rosée que l'ongle doit à sa transparence et à la vascularisation du derme sous-unguéal. L'accroissement en longueur, l'exagération de la convexité normale créent une manière d'onychogryphose.

La transparence de l'ongle persiste longtemps parce que la lame superficielle est la dernière attaquée, mais celle-ci devient elle-même opaque, se fendille, se rompt, et finalement tombe en entier; ce processus commence vers le bord libre et les dernières traces de la lame superficielle persistent pendant longtemps au voisinage de la lunule. Quelquefois, il se fait sur certains points des ruptures irrégulières, isolées, ressemblant à de véritables ulcérations. Les phénomènes subjectifs sont à peu près nuls, un peu de sensibilité au froid ou à la chaleur, mais aucun trouble sérieux.

Cette altération succède habituellement à la trichophytie du dos de la main.

L'apparition d'un processus hypertrophique et en même temps régressif est assez caractéristique de cette affection, car l'onychogryphose essentielle est purement hypertrophique. Le diagnostic avec le favus doit s'inspirer du même principe que sur le cuir chevelu : *pénétration plus intime du trichophyton dans la profondeur des tissus*.

Pour les recherches histologiques, l'emploi des matières colorantes n'a pas donné les résultats qu'en attendait l'auteur. Avec les couleurs d'aniline, il était impossible de colorer l'ongle sans le parasite et réciproquement.

Néanmoins, l'auteur a pu suivre de la façon la plus nette le développement du trichophyton dans les diverses couches de l'ongle, et d'excellentes planches, jointes à son travail, permettent de suivre tous les détails de sa description. Le trichophyton existe dans les parties les plus rapprochées du lit de l'ongle, et il est d'autant plus abondant qu'on se rapproche du bord libre.

Au voisinage de la matrice de l'ongle, les cellules épidermiques contiennent de l'éléidine au lieu de substance onyco-gène. Ce retour de la cellule à un type plus simple indique l'influence du processus inflammatoire, d'où résulte la formation plus active et la moindre transparence de la substance unguéale. Dans la continuité de l'ongle, on voit la multiplication des éléments cellulaires; il existe, de place en place entre les lamelles, de petites cavités autour desquelles sont réunies en très grand nombre des éléments parasitaires et des débris de l'ongle; ces lésions

correspondent aux taches blanchâtres. Les coupes montrent également avec la plus grande netteté l'envahissement du derme sous-unguéal par le trichophyton.

De telles altérations font comprendre la très grande difficulté du traitement : on constate des récides même après arrachement de l'ongle.

Dans un cas, l'auteur a essayé de provoquer un processus de péri-onyxis de manière à décoller l'ongle. Voici le traitement employé : onctions avec un mélange, par parties égales, d'huile d'olive et d'acide pyrogallique, après avoir maintenu pendant quelques jours, dans une enveloppe de gutta-percha, le doigt, enduit de savon d'Hebra pour ramollir les surfaces malades, puis arrachement de l'ongle et pansement avec pommade iodoformée.

Il a obtenu ainsi un cas de guérison qui a pu être contrôlé six mois plus tard.

Ces altérations des ongles sont fort intéressantes, mais il ne semble pas que les chiffres relevés par l'auteur puissent être considérés comme *une moyenne* applicable à la plupart des cas de trichophyton. Le professeur C. Pellizzari a, en effet, rencontré l'onychomycose 20 fois sur 150 malades ! Tout en tenant compte des causes d'erreur imputables à la difficulté du diagnostic, on peut affirmer que cette proportion n'existe pas chez les malades observés, en France, à l'hôpital Saint-Louis.

En raison du prurit qu'occasionne si souvent la présence du trichophyton, il est incontestable que les ongles sont incessamment exposés à la contagion, et les malades négligent, pour la plupart, les soins de propreté qui pourraient les mettre à l'abri. Cependant, malgré l'emmagasinement des spores sous les ongles, leur contamination est rare. Il est probable qu'à l'état normal, le tissu de l'ongle est assez résistant pour s'opposer à l'invasion du parasite, et que celui-ci n'y pénètre qu'à la faveur d'une lésion concomitante de l'ongle. Or, dans une de ses observations, l'auteur cite deux sœurs atteintes de l'onychomycose trichophytique, qui n'accordaient aucune attention à la déformation unguéale, disant que c'était un accident de famille. Ne s'agissait-il pas là d'un véritable eczéma des ongles, constitutionnel, héréditaire, et qui avait préparé le terrain aux éléments trichophytiques ? Les mêmes réflexions pourraient être faites au sujet de la trichophytie des régions palmaires. La parfaite analogie des altérations observées avec les dermatoses professionnelles ou héréditaires est vraisemblablement due à des influences mixtes qui, non seulement, impriment une physionomie spéciale à l'affection, mais en préparent le développement et facilitent la contagion.

A. SIREDEY.

III. — Observée par le professeur Maiochi, la trichophytie dermique a été diversement interprétée. Certains auteurs l'attribuent à un transport du trichophyton dans le derme par le moyen de cellules migratrices. Mais les recherches du professeur Celso Pellizzari et celles de l'auteur montrent que la trichophytie dermique peut exister en l'absence de tout processus phlegmasique ; il serait difficile, dans ce cas, de songer au transport du parasite par des leucocytes, et il est plus probable que le champignon envahit le derme et s'y développe.

Le professeur R. Campana a pu même observer une véritable tumeur conjonctive, dans laquelle, le trichophyton occupait une grande place, et dont il avait été vraisemblablement la cause.

Il s'agit d'une femme adulte, dans de mauvaises conditions physiologiques, qui présentait, en même temps qu'une néphrite chronique, des troubles divers du côté de la peau : éruption papulo-squameuse disséminée sur tout le corps, onychogryphose à tous les orteils, et enfin une tumeur ovoïde de la grosseur d'un œuf de poule, de consistance plus dure que la peau normale, et recouverte çà et là de fines squames épidermiques. Or, l'examen des squames épidermiques, des ongles, du derme, a révélé la présence du trichophyton sous la forme de gonidies et de mycélium à divers degrés de développement. La tumeur elle-même renfermait de nombreux éléments parasitaires avec des caractères un peu différents, les tubes de mycélium étant plus nombreux, les gonidies épaisses et granuleuses. Souvent les tubes se terminent par une spore volumineuse, ou par un renflement claviforme, qui provient de bourgeonnements latéraux. Les tubes se présentent sous la forme de longs filaments moulés sur les lacunes lymphatiques qu'ils occupent, avec des renflements correspondant à l'intersection des lacunes lymphatiques. Les gonidies, généralement éparses ou réunies en petits groupes, sont assez régulières. Quelquefois, elles ont une configuration cubique et se réunissent bout à bout pour former des tubes, comme cela se passe dans les poils.

La tumeur est formée, en grande partie, de tissu conjonctif dur, fibreux, subissant déjà un certain degré de nécrobiose. On y voit quelques rares cellules endothéliales, peu de globules blancs, de place en place des groupes de spores tassées et ressemblant à des amas de leucocytes. Les vaisseaux sont petits et présentent des lésions d'endartérite et de périarterite, bien qu'on ne découvre pas de parasites dans leur paroi ou dans leur cavité.

Cette observation, jusqu'ici sans analogue, apporte un nouveau fait à l'appui de la théorie parasitaire des tumeurs. Elle montre que, sous l'influence de l'irritation produite par le trichophyton, la peau peut présenter un épaissement qui n'est que l'exagération des phénomènes que l'on observe couramment du côté des ongles et de l'épiderme.

L'auteur ajoute que « certaines formes de prétendus sarcomes ou endothéliomes ne sont peut-être que des tumeurs dues à l'invasion de parasites » !

Cette conclusion paraît exagérée : la note publiée par le professeur

Campana est certainement très intéressante, mais elle n'apporte qu'un fait isolé, un accident exceptionnel qui ne donne lieu à aucune conclusion, d'autant plus que l'auteur ne dit rien du siège de la tumeur, des circonstances qui ont précédé et accompagné son développement. Il annonce qu'il en publiera ultérieurement l'observation détaillée, c'est alors seulement qu'on pourra la discuter, toute appréciation serait aujourd'hui prématurée.

A. SIREDEY.

IV. — Les auteurs ont expérimenté la méthode de traitement que Reynolds (de Chicago) a préconisée contre la trichophytie du cuir chevelu et qui consiste dans l'électrisation des plaques malades avec un électrode positif, muni d'une éponge imbibée d'une solution de sublimé; ils ont employé des solutions de sublimé de 3 à 5 pour 1,000 et ont fait durer les séances d'électrisation en moyenne de 10 à 15 minutes avec vingt éléments d'une pile au sulfate de cuivre. Ces applications sont assez douloureuses. Elles ont, d'après les auteurs, une action beaucoup plus rapide et efficace que les autres traitements proposés jusqu'à ce jour : « Les plaques présentent immédiatement une surface moins squameuse, plus lisse, plus polie et le cheveu malade semble reprendre sa vitalité; au bout de trois ou quatre jours, le contraste se présente déjà moins marqué entre la zone envahie par le parasite et le territoire sain; la durée du traitement dépendra de l'ancienneté du mal et des modifications qu'auront subies antérieurement les plaques malades sous l'influence d'autres médications. » Ce mémoire se termine par huit observations absolument insuffisantes pour démontrer l'efficacité du traitement en question, car les auteurs considèrent comme guéris des enfants qui, au bout de 16 à 22 jours de traitement, n'ont plus « aucune manifestation parasitaire apparente (?) ».

GEORGES THIBERGE.

V. — L'auteur s'est proposé dans ce travail de décrire la nature et les diverses particularités du trichophyton tonsurans, les lésions cutanées qu'il produit chez l'homme et les méthodes thérapeutiques qui semblent être les plus efficaces pour détruire le parasite et guérir les dermatoses qu'il a provoquées.

Dans un premier chapitre, il étudie le champignon, sa structure, tubes mycéliaux et spores, son développement, les divers procédés de culture et toutes les précautions qu'il faut prendre pour le cultiver et écarter toute cause d'erreur. On y trouve les détails techniques nécessaires sur lesquels nous n'avons pas à insister, car ils sont déjà en grande partie connus et leur exposé réclamerait de trop longs détails. Des figures fort intéressantes, un peu schématiques, montrent l'aspect des cultures aux diverses périodes. Des faits cliniques et des expériences qu'il relate, l'auteur croit pouvoir conclure que le trichophyton tonsurans est un champignon bien déterminé, ayant son existence propre, et qui ne saurait être considéré, ainsi que l'ont voulu certains auteurs, comme un dérivé d'autres champignons communs.

Dans le second chapitre, il traite de l'étiologie de la trichophytie; il nous

apprend qu'elle est extrêmement fréquente à Londres, plus fréquente même qu'à Paris, nous dit-il : elle y est devenue un véritable fléau dans les écoles, et il paraît fort difficile de l'y combattre. On ne prend aucune mesure d'exclusion rigoureuse des enfants malades, et il est fort douteux qu'on en prenne jamais dans les écoles primaires, si nombreuses, où vont les enfants des classes pauvres et laborieuses. Il insiste sur ce qu'une certaine humidité favorise le développement du champignon, et il en donne pour preuve frappante l'évolution si particulière de la trichophytie cutanée dans les pays tropicaux (*Burmese ou Chinese ringworm-Dhobie's itch*) ; elle s'y localise pendant des années à la partie interne et supérieure des cuisses et n'affecte aucune autre région du corps. Il établit de plus ce fait, déjà bien connu, qu'il y a des prédispositions individuelles pour la trichophytie et que ce sont les enfants maladifs, délicats et scrofuleux qui sont les plus exposés à la contracter.

Dans le chapitre III, il étudie avec le plus grand soin la trichophytie du cuir chevelu. Il reconnaît qu'elle est fort rare chez l'adulte ; cependant il ne faudrait pas dire qu'elle n'existe jamais chez lui, puisqu'il en a vu lui-même deux cas ; l'un de ces deux malades était une femme, qui présentait une plaque de teigne tondante, de la grosseur d'un schelling, au milieu du cuir chevelu, entre le front et le vertex ; elle avait été contagionnée par son enfant, qui avait la même affection. L'auteur entre dans une foule de détails pratiques sur la manière dont il faut examiner la tête de l'enfant, sur les aspects divers que peut présenter la teigne tondante suivant son ancienneté, suivant le développement qu'elle a pris ; le prurit est parfois, d'après lui, le premier symptôme que l'on observe ; cependant il peut manquer, et les parents ne s'aperçoivent de quelque chose qu'en soignant les cheveux de l'enfant : on voit alors une ou plusieurs plaques d'une grandeur qui varie de celle d'un pois à celle d'un schelling, d'une teinte toute spéciale et pityriasique ; mais, pour tous ces détails, nous ne pouvons que renvoyer au livre lui-même : on y trouvera des schémas pour démontrer le mode suivant lequel le champignon attaque le poil, et l'explication raisonnée de tous les symptômes.

L'auteur fait ensuite le diagnostic différentiel de la teigne tondante et de l'eczéma capitis, qui en diffère d'ordinaire par l'aspect de l'éruption, par le prurit beaucoup plus intense, par son extension sur de larges surfaces sans limites précises, etc. ; la solidité des cheveux dans l'eczéma et leur fragilité dans la trichophytie ne constituent pastoujours, d'après lui, un bon signe de diagnostic, car il a souvent vu les cheveux tomber très facilement dans les inflammations eczémateuses. Il y a d'ailleurs des cas de la plus grande difficulté dans lesquels l'eczéma vient compliquer la trichophytie et où le microscope est absolument nécessaire pour faire la part des deux affections. La pédiculose, le pityriasis, la séborrhée, le psoriasis et le favus sont faciles à distinguer de la teigne tondante : il n'en est pas toujours de même de la pelade, et l'auteur entre sur ce point dans des détails de clinique que nous connaissons bien en France depuis les travaux de Bazin et de M. le Dr Lailler.

Il traite avec toute la précision désirable de l'examen des cheveux trichophytiques, de leur aspect si spécial lorsqu'ils sont déjà envahis depuis quelque temps ; lorsqu'ils ne sont attaqués que depuis peu, leur tige est intacte, mais vers leur racine on trouve un mycélium à ramifications luxuriantes. A l'œil nu, ce poil paraît sain, ce n'est qu'avec le microscope que l'on peut

découvrir ses altérations. Chez les enfants à cheveux très noirs, on trouve parfois dans les poils du mycélium chargé de pigment.

Au point de vue du siège qu'occupe le trichophyton dans l'épiderme, G. Thin accepte l'opinion de Kuchenmeister qui, dès 1855, a établi que ce champignon ne pouvait vivre et fructifier que dans le poil lui-même ou dans les couches cornées de l'épiderme; il repousse complètement les idées de Robinson, qui dit avoir observé des conidies jusque dans le tissu périfolliculaire; G. Thin n'a jamais trouvé de spores ni dans le rete mucosum ni dans le chorion.

Au chapitre du traitement sont exposées toutes les méthodes connues, en particulier les méthodes qu'emploient actuellement à l'hôpital Saint-Louis MM. Lailler, Vidal et Besnier, dont l'auteur cite les lettres qu'ils ont bien voulu lui écrire. Voici, fort résumée, la conduite que l'auteur conseille de tenir : couper toutes les fois que c'est possible les cheveux ras aux ciseaux; il est inutile de raser le cuir chevelu : faire appliquer sur la tête, une fois par jour, un liquide parasiticide, par exemple une solution d'acide phénique à 2 0/0 dans de l'eau, ou de l'acide borique dissous dans de l'alcool, ou bien encore une pommade à l'acide borique : essayer ensuite de provoquer aux endroits malades une inflammation suffisante pour tuer le parasite, pas assez forte cependant pour déterminer la calvitie; pour cela considérer avec le plus grand soin l'âge et la constitution du malade, et n'appliquer les remèdes qu'avec beaucoup de précautions pour tâter la susceptibilité des téguments. Chez les enfants au-dessous de 3 ans, le Dr G. Thin prescrit d'abord des applications de pommade soufrée (1 drachme pour une once); si elle est bien tolérée, il augmente graduellement la dose de soufre; on peut faire de plus des badigeonnages de teinture d'iode; quand il s'agit d'un enfant de 4 ou 5 ans, il prescrit toujours la pommade soufrée, mais il fait faire aussi des frictions avec une solution d'acide phénique dans la glycérine, en commençant par de faibles doses; chez les enfants de 6 à 7 ans, il se sert de glycérine phéniquée forte et d'onguent citrin, diminuant les proportions de substances actives et au besoin les remplaçant pendant quelques jours par de la pommade boriquée si l'inflammation produite est trop forte; d'ailleurs, l'auteur hésite à faire des applications d'onguent citrin sur de trop vastes surfaces, bien qu'il n'ait jamais observé d'accidents d'intoxication. Il croit le sublimé fort efficace, mais il craint les inconvénients nombreux qui peuvent résulter de son emploi. L'épilation ne lui a jamais donné de bons résultats et il ne peut la conseiller.

Le Dr G. Thin termine son fort intéressant travail en disant quelques mots de l'herpès circiné, de l'eczéma marginatum dû au trichophyton, du sycosis parasitaire à propos duquel nous regrettons de voir l'auteur ne pas exposer le traitement en détail, de la trichophytie unguéale, du kérion et de la tinea imbricata de Manson, dont la véritable nature n'est pas encore définitivement établie.

L'ouvrage du Dr Thin, qui renferme beaucoup de recherches personnelles, beaucoup de renseignements des plus précieux, sera donc consulté avec fruit par les praticiens : il constitue une monographie des plus complètes du trichophyton, écrite avec le plus grand soin et une haute indépendance d'esprit.

L. BROCCQ.

VI. — Voici assez exactement résumés les 2 cas de lupus erythematosus des mains et des pieds, publiés par le Dr H.-G. Klotz.

Cas I. — Homme, âgé de 50 ans, originaire d'Allemagne, depuis 18 ans aux États-Unis, fabricant de bonnets, atteint, depuis 20 ans, d'une affection, qui a débuté sous la forme d'une petite verrue saillante rougeâtre, de la grandeur d'un pois, qui fit son apparition sur la première phalange du médus de la main droite, sans causer d'autres phénomènes douloureux qu'une petite sensation de piqure. Il la cautérisa avec du nitrate d'argent; et cette intervention thérapeutique ne fit qu'irriter la lésion, qui commença à s'étendre sous la forme d'une plaque rouge, surélevée, sur la face dorsale du doigt, et qui envahit même la première phalange et arriva tout près de la face dorsale de la main, il y a environ 9 ans. Après une autre période, pendant laquelle l'affection resta presque stationnaire, ou du moins ne progressa que fort peu, elle recommença, il y a environ 1 an $1/2$, à s'étendre avec beaucoup de rapidité sur la face dorsale de la main et sur les parties latérales du médus. A la même époque, la dernière phalange, au niveau de laquelle la lésion s'était tellement affaissée qu'elle paraissait presque guérie, reprit son aspect primitif. A aucun moment, on ne remarqua de suintement ni de suppuration.

Lorsque l'auteur examina le malade pour la première fois, le 21 février 1885, il trouva que l'affection consistait en une seule plaque, située sous la main droite, s'étendant depuis l'ongle du médus droit sur la face dorsale de ses trois phalanges et sur les faces latérales des deux premières; elle gagnait ensuite la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne, en y formant une lésion surélevée, presque circulaire, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Les limites de la lésion sur le doigt étaient nettement définies par un bord légèrement infiltré d'un rouge sombre, faisant une saillie d'environ 2 millimètres: sur la main, ce bord devenait beaucoup plus dur et formait une sorte de pente de près de 1 centimètre de large et de près de 8 millimètres de haut. Les surfaces atteintes étaient, par places, lisses et unies, d'un rouge sombre, qui devenait plus vif vers les bords. A la pression, cette rougeur disparaissait facilement, pour reparaitre immédiatement lorsqu'on enlevait le doigt, mais la zone la plus centrale, celle au niveau de laquelle on éprouvait la plus grande sensation d'induration, ne changeait de couleur qu'avec beaucoup plus de difficulté, et conservait une teinte brunnâtre ou jaunâtre. Sur ces bords, il n'y avait ni poil ni glande sébacée visible. Vers la peau saine, il n'y avait aucune saillie abrupte, la délimitation se faisant par une zone étroite d'un rouge brillant, tandis que du côté du centre de la partie malade les bords cornés étaient légèrement renversés. Le plateau central, qui avait environ les dimensions d'un demi-dollar d'argent, présentait une surface unie recouverte de croûtes squameuses d'un gris sombre et sale, minces, sèches, dures et très adhérentes. Vers la première phalange, ce revêtement devenait plus mince et plus blanchâtre; il faisait presque entièrement défaut sur la phalange elle-même, laissant à découvert un légère cicatrice déprimée blanchâtre, entourée d'une petite saillie squameuse et du bord rouge que nous avons déjà signalé. La seconde phalange était recouverte de squames dures, grisâtres, divisées en plusieurs points par des fissures transversales. La dernière phalange ne présentait plus de squames; la surface en était inégale, verruqueuse; on pouvait, en effet, y distinguer de nombreuses petites papilles cornées, de 1 à 2 millimètres de hauteur, les unes aiguës, les autres émoussées, d'autres en massue: elles étaient surtout abondantes vers l'ongle, autour duquel elles formaient un rebord saillant d'environ 4 millimètres de haut. L'ongle lui-même était,

à son extrémité, un peu surélevé et renversé par l'épaississement corné de la matrice.

L'enduit corné qui recouvrait les parties malades ne pouvait se détacher qu'avec difficulté : on y arrivait cependant après avoir fait, pendant plusieurs jours, des applications d'emplâtre salicylé à 5 0/0. Au-dessous de lui se voyaient alors les surfaces malades inégales, hérissées de nombreuses productions papillomateuses de toute forme et de toute grandeur, séparées entre elles par des fissures, que comblaient les prolongements de la croûte de revêtement. Les papilles elles-mêmes étaient parfaitement sèches; jamais, comme nous l'avons dit plus haut, l'auteur n'a pu observer le moindre suintement ni la moindre goutte de pus en aucun point de la lésion.

Comme traitement, on fit des applications d'emplâtre salicylé à 5 0/0, puis à 10 0/0, et on donna à l'intérieur de l'arsenic. Sous l'influence de cette médication, les productions papillomateuses s'affaissèrent, et, au bout de plusieurs mois, elles avaient presque entièrement disparu. En février 1886, les points malades avaient une teinte peu différente de la normale, quoique un peu bleuâtre, et la peau avait presque repris sa première élasticité. Le malade avait, entre temps, une hémorrhagie pulmonaire. Quelques temps après, il mourut de consommation à l'hôpital.

Cas II. — Jeune homme de 18 ans, né aux États-Unis, de parents allemands, un peu petit pour son âge, pâle, mal développé, atteint de cyphose de la colonne vertébrale, consécutive à une affection probablement osseuse, qui survint et guérit dans le cours de la deuxième année. Peu après la disparition des phénomènes inflammatoires du côté de la colonne vertébrale, la maladie de peau actuelle commença à se développer, d'abord au pied gauche, puis peu après à la cuisse du même côté; depuis lors, elle a évolué lentement, sans causer trop de gêne ni de douleur, sans jamais s'accompagner de suintement ni de suppuration.

Le 10 novembre 1885, l'auteur vit le malade et constata l'état suivant : le pied gauche est le siège d'une lésion fort étendue, qui commence au milieu de la région dorsale, vers les articulations tarsométatarsiennes, et s'étend vers le bord externe; de là elle remonte en haut et en avant, en contournant la malléole externe, et croise la crête du tibia à environ 9 centimètres de son point de départ; puis elle gagne le bord interne du pied en contournant la malléole interne. La forme générale est donc irrégulièrement semi-lunaire; son étendue est assez considérable, puisque les bords extrêmes sont séparés par un intervalle d'au moins 21 centimètres. Elle est limitée par une bande érythémateuse irrégulièrement incurvée de quelques millimètres de large, d'un rouge brillant, à peine surélevée sur le reste des téguments. En dedans de cette première zone, on en voit une deuxième qui arrive à la hauteur de 5 ou 8 millimètres sur 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 de largeur : elle est lisse, unie, sans squames, ni croûtes, ni pustules, d'un rouge livide, qui disparaît lentement par la pression, en laissant une teinte jaunâtre et en donnant la sensation d'infiltration marquée des couches profondes du derme et des couches cornées de l'épiderme. Au delà des bords légèrement renversés de cette deuxième zone, la surface de la lésion est recouverte d'une masse de squames dures, sèches, grisâtres ou brunâtres, très solidement adhérentes au tissu sous-jacent, dans lequel elles envoient de nombreux prolongements : des fissures de profondeur variée divisent la masse. On ne peut observer en aucun point de la néoplasie de suintement d'aucune sorte.

Après plusieurs jours d'application continue d'emplâtre salicylé à 5 0/0, les croûtes se détachent presque complètement, et l'on voit que toute la partie centrale de la lésion est constituée par une surface inégale et irrégulière, couverte de nombreuses productions papillomateuses dures, sèches, de dimensions variables, arrondies, amincies, en massue, atteignant au centre jusqu'à 1 centimètre et plus de hauteur.

A la partie interne et postérieure de la cuisse existe un autre placard irrégulier, d'assez grandes dimensions, en tout semblable au précédent.

Après plusieurs péripiétés rapportées tout au long dans l'observation, mais de peu d'importance, le malade finit par obtenir une certaine amélioration, sous l'influence d'applications d'emplâtres à l'acide salicylique, et de l'administration, à l'intérieur, de l'arsenic. La santé générale était assez bonne.

L'auteur fait suivre ces deux observations d'un long exposé de la question. Il commence par examiner l'état actuel de la science sur les rapports qui existent entre le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux. Il parle à cet égard des travaux de Kaposi, de Neisser, de Payne, de Veiel, qui sont dualistes et admettent que le lupus érythémateux est une dermatose inflammatoire tout à fait distincte du lupus vulgaris, et des travaux de Vidal et surtout de ceux d'Auspitz, qui sont unicistes et les considèrent comme des variétés d'une seule et même affection : sans se prononcer nettement pour l'une ou l'autre de ces deux opinions, il semble plutôt pencher pour la seconde.

Passant ensuite à l'étude du diagnostic de ces deux cas, il essaye de démontrer qu'ils ont tous les caractères cliniques des lésions auxquelles la majorité des auteurs donnent le nom de lupus erythematosus.

Dans les deux, il s'agissait de placards circonscrits, à bords bien définis, à forme irrégulière, mais ayant en certains points de la tendance à prendre une disposition arrondie presque circulaire. Leur couleur était d'un rouge sombre, leur surface était recouverte de croûtes squameuses, dures, adhérentes, qui envoyaient des prolongements dans les interstices des tissus sous-jacents, bien qu'il n'ait pas été possible de voir des orifices de glandes sébacées. Ils avaient de la tendance à se développer excentriquement, mais leur centre, qui est d'ordinaire déprimé dans le lupus erythematosus, ne l'était pas ; ils n'avaient jamais été le siège d'aucun suintement ; leur marche était des plus chroniques, puisque dans le premier cas l'affection durait depuis vingt ans, et depuis seize ans dans le second cas.

Leur siège n'était pas très insolite dans le premier cas, puisque F. N. Hyde a pu recueillir 33 cas de lupus erythematosus des mains, qu'Ohmann Dumesnil en a publié d'autres, que Rosenthal et Unna, en Allemagne, en ont observé chacun un cas. Il est vrai que dans le second cas la lésion siégeait au pied et qu'aucun auteur, à l'exception d'E. Wilson, n'a encore signalé la possibilité d'une semblable localisation. Dans

le premier cas, l'affection avait débuté à 28 ans, ce qui concorde bien avec les données que l'on possède sur le lupus erythematosus ; mais l'époque du début du deuxième cas, deux ans, est tout à fait insolite.

L'auteur reconnaît que la dépression centrale, qui est si commune dans le lupus érythémateux typique, manque dans ses cas ; que l'aspect papillomateux du centre n'est pas du tout en rapport avec l'aspect ordinaire de l'affection. Il croit pouvoir attribuer ces différences notables aux irritations constantes auxquelles étaient soumises les parties malades dans les deux cas précédents, et à leur situation en des régions où la peau est beaucoup plus épaisse, beaucoup plus rude et a moins de glandes sébacées qu'au visage. Il ne pense pas que ces raisons soient suffisantes pour empêcher de faire de ces lésions du lupus érythémateux ; d'ailleurs, il est impossible de les ranger dans un autre cadre connu.

On ne peut en faire, dit-il, du lupus vulgaris ; il ne peut s'agir ici ni des variétés tuberculeuses exubérantes, exedens, tumidus, hypertrophicus, ni du lupus sclerosus d'Auspitz, forme qui, d'après Neisser, siège surtout aux extrémités et s'accompagne d'œdème, de lymphangite chronique et d'épaississement du tissu conjonctif sous-cutané. Le lupus sclerosus de M. Vidal doit également être écarté, d'après le Dr Klotz ; il ne comprend même pas comment j'ai pu, en 1883 (voir *Annales de Dermatologie*, p. 611), penser que les cas de N. Hyde devaient peut-être être rangés dans le lupus scléreux, car, ajoute-t-il, les traits caractéristiques du lupus scléreux de Vidal sont la présence de nodules lupeux et la tendance à la suppuration, symptômes qui n'existaient nullement dans les cas de N. Hyde et dans les siens.

Après avoir rapidement examiné et écarté les diagnostics d'eczéma invétéré, de psoriasis, de syphilide tuberculeuse, le Dr Klotz recherche ce que peut être la tuberculosis verrucosa cutis de Riehl et Paltauf. Il pense, ce qui est exact, que les cas décrits sous ce nom par les auteurs allemands ont déjà été observés et classés sous d'autres dénominations. Mais il ne semble pas se douter que le lupus scléreux de M. le Dr E. Vidal renferme comme variété cette tuberculosis verrucosa cutis. Il reconnaît que les faits de Riehl et Paltauf ont beaucoup de traits communs avec les siens ; dans les deux, on trouve la bande érythémateuse externe, puis la zone infiltrée surélevée, enfin le centre verruqueux, généralement recouvert de croûtes. Ils en diffèrent cependant par la présence de petites pustules superficielles, disséminées vers les bords et entre les excroissances verruqueuses, tandis que dans ses cas et dans ceux de N. Hyde jamais on n'a observé la moindre trace de pus. Il n'en est pas moins vrai, ajoute-t-il, que l'existence de placards bien définis, arrondis, que la tendance à l'extension périphérique, que la dépression centrale qui existe dans les vieilles lésions, que l'absence de nodules ca-

ractéristiques de lupus vulgaris, la formation de croûtes desséchées à la surface, la marche fort lente de l'affection et l'âge des malades font penser au lupus erythematosus dans les faits de Riehl et de Paltauf. Ces deux auteurs ont trouvé dans leurs cas des bacilles de la tuberculose et des micrococci. Le Dr Klotz se demande si l'inoculation tuberculeuse a été dans ces cas primitive ou bien seulement secondaire. Il croirait assez volontiers qu'il aurait d'abord existé chez ces malades une lésion semblable à celle dont il vient d'observer deux cas, dignes du nom de lupus erythematosus, puis qu'il y aurait eu chez eux, sur cette lésion primitive, inoculation secondaire des microbes de la tuberculose et du pus.

Tel est, bien résumé, car il est fort long, le mémoire du Dr Klotz. Nous n'avons pas l'intention d'en présenter en ce moment une sérieuse critique, car cela nous demanderait beaucoup trop de développements. Je me contenterai de formuler les quelques remarques suivantes.

Dans son examen des opinions actuellement en cours sur la nature réelle de ce que l'on a désigné jusqu'à ce jour sous le nom de lupus erythematosus, l'auteur, sans se prononcer nettement, semble incliner vers la théorie uniciste, et penser que le lupus erythematosus n'est qu'une variété du lupus vulgaris, partant une forme de tuberculose cutanée. Si telle est sa conviction, je ne vois pas pourquoi il se livre à une longue discussion pour différencier nettement ses cas des autres variétés de lupus. Cette discussion n'a d'intérêt que si l'on considère le lupus erythematosus comme une affection *sui generis* bien distincte du lupus vulgaris ou, pour mieux dire, des différentes tuberculoses cutanées. Ce n'est d'ailleurs qu'en admettant cette dernière hypothèse que l'on peut comprendre la conception par laquelle le Dr Klotz termine son mémoire, conception que je ne discuterai pas, mais dont je dois dire qu'elle ne me semble pas encore justifiée par l'observation rigoureuse des faits.

Si le Dr Klotz croit que le lupus erythematosus n'est qu'une variété de lupus vulgaris, ou bien il n'admet point que le lupus vulgaris soit de la tuberculose cutanée, ce qui ne ressort nullement de son travail, au contraire, ou bien toute cette fin de son mémoire est incompréhensible, et il est parfaitement inutile de différencier ses cas des lupus scléreux ou papillomateux avec lesquels ils doivent se confondre.

Si, au contraire, le Dr Klotz croit que le lupus erythematosus est une affection *sui generis*, devant être décrite à part des tuberculoses locales, tout le mémoire se comprend très bien. C'est là bien évidemment l'hypothèse qu'il faut admettre pour l'apprécier.

Eh bien ! j'ai le regret de dire que malgré la rigueur et la minutie des descriptions de l'auteur, auxquelles je m'empresse de rendre hommage, car ces deux observations ont été prises avec un soin tout particulier et constituent de véritables photographies, je n'ai pas été du tout

convaincu, et je persiste, en partie du moins, dans les réserves que je formulais en 1885 après mon analyse du mémoire du Dr Hyde. Nous n'avons pas dit à cette époque, comme mon honorable confrère d'Amérique semble le croire, que nous pensions que les cas du Dr N. Hyde étaient des lupus scléreux, nous nous sommes contentés « d'énumérer les ressemblances qui nous paraissaient exister entre ces cas et le lupus scléreux de M. le Dr E. Vidal *sans y trop insister et sans conclure, ce qu'il ne serait guère possible de faire qu'après avoir vu les malades* ». Nous ne pouvons que répéter de nouveau ces paroles ; nous trouvons objectivement aux deux cas du Dr Klotz beaucoup de ressemblance avec les papillomes, avec les tubercules anatomiques, avec la tuberculose verruqueuse de la peau, point du tout avec le lupus erythématosus typique en papillon, avec le « bat's Wing disease ». Insisterai-je plus longtemps sur le premier cas, sur les hémoptysies qu'a présentées le malade, sur la tuberculose pulmonaire qui l'a emporté ; tout cela sent beaucoup, qu'on me permette de le dire, la tuberculose locale et porte le lecteur, malgré lui, à penser que les lésions cutanées ont été le résultat d'une inoculation bacillaire et doivent être rangées dans les tuberculoses verruqueuses de la peau, comme nous l'avions déjà soupçonné en 1885.

L. BROCC.

VII. — Le procédé des auteurs repose sur ce fait d'observation que parfois, dans des séances d'électrothérapie, on voit se produire des eschares de la peau au niveau de l'électrode négative. Ces eschares sont en général situées sous le bord de l'électrode, et ont lieu quand le revêtement humide de l'électrode est trop mince et se trouve en contact avec la peau.

L'action directe de l'électricité ne peut détruire qu'une partie insignifiante des tissus ; leur mortification est due au dégagement d'oxygène et d'hydrogène, à la formation d'acides et d'alcalis dans le tissu lui-même. C'est ce qui explique l'action bien plus profonde du pôle négatif sous lequel interviennent les alcalis à l'état naissant.

On peut provoquer régulièrement ces actions caustiques en se servant, comme électrode négative, d'une plaque de métal nue, et comme électrode positive d'une électrode humide ordinaire, et en faisant passer un courant de 5 à 10 milliampères d'intensité et de 10 minutes de durée. Il est inutile d'humecter préalablement l'épiderme. L'intercalation, dans le courant, d'un galvanomètre est utile dans toute électrolyse pour contrôler l'effet à obtenir ; l'indication du nombre des éléments est insuffisante, en raison des résistances variables qui interviennent ici.

Les auteurs recommandent l'emploi d'une batterie puissante avec tous ses éléments en action et la régularisation du courant à l'aide du rhéos-

tat de Gärtner. De cette façon on évite les brusques variations d'intensité du courant, l'intercalation d'une résistance considérable et constante en augmentant la stabilité.

Dans les conditions de durée et d'intensité indiquées ci-dessus, les eschares produites ne s'étendent jamais à toute la surface couverte par l'électrode; elles sont distribuées irrégulièrement sur cette surface, et le bord de l'électrode est indiqué sur la peau par des eschares se suivant d'une manière assez uniforme. Cela tient, d'après les auteurs, à des différences de résistance aux divers points de la peau. Là où la résistance est moindre, l'intensité du courant est plus grande et l'action de l'électrolyse plus énergique. Il en est ainsi pour la peau normale.

Quand l'électrode est appliquée sur des parties excoriées ou dont l'épiderme est mince ou ramolli (succulent), ces parties subissent seules l'action caustique du courant. La surface ulcérée est cautérisée tandis que le tissu sain compris sous l'électrode reste indemne. Il en est de même des nodosités du lupus situées sur une partie normale de la peau; elles sont seules détruites. C'est sur ce fait qu'est basé le procédé de cautérisation du lupus adopté par les auteurs.

Pour éviter que la peau saine ne soit atteinte, ils recouvrent les bords de la plaque métallique d'une substance isolante. Une des conditions de réussite consiste dans l'application uniforme et ferme de l'électrode, que les auteurs obtiennent à l'aide de l'électrode fixe de Gärtner.

Ces cautérisations en surface ne sont pas douloureuses si l'on a soin de procéder graduellement pour ouvrir et fermer le courant. Cette absence des douleurs difficilement explicable dans la destruction d'un tissu si abondamment pourvu de nerfs sensitifs est peut-être due à une action insensibilisante du courant électrique.

Pour la cautérisation par l'électrolyse du lupus, les auteurs emploient une batterie d'environ 24 éléments Leclanché, tous en activité. Le pôle positif est relié à une électrode à éponge de grande surface fixée sur l'avant-bras du malade. Le pôle négatif est rattaché d'abord au rhéostat de Gärtner, puis à un galvanomètre à gradation absolue et enfin à l'électrode formée par une plaque d'argent, légèrement bombée, d'environ 2 centimètres de diamètre, entourée d'un morceau de caoutchouc durci. Cette électrode est fixée sur la partie malade, après avoir lavé avec soin la peau avec l'esprit de savon de potasse. On fait ensuite passer le courant en allant progressivement jusqu'à 5 ou 8 milliampères. Le malade n'éprouve qu'une légère sensation de brûlure provoquée par les variations du courant; pendant les dix minutes de passage régulier et ininterrompu du courant, il ne sent presque rien ou du moins aucune douleur. Au bout de dix minutes on interrompt graduellement le courant et on enlève l'électrode. Dans la plupart des cas le tissu malade est

seul cautérisé, à moins que la peau saine ne constitue la plus grande partie de la surface recouverte par l'électrode. Les parties lueuses cautérisées sont excoriées, tuméfiées et laissent suinter pendant quelques minutes un liquide épais, clair, à réaction fortement alcaline. Ensuite elles se dessèchent, s'affaissent plus ou moins au-dessous du niveau de la peau et se recouvrent d'une croûte brunâtre. Les points cautérisés sont pansés avec l'iodoforme et la croûte tombe dans l'espace de huit à quinze jours. La guérison a lieu d'ordinaire sans suppuration, les dépressions s'effacent et il reste pendant quelque temps des cicatrices superficielles, pigmentées.

Gärner et Lustgarten ont traité ainsi dix malades atteints de lupus vulgaire de la face et des membres. Cette méthode trouve son indication dans les cas où l'infiltration lueuse s'étend jusqu'à proximité de la surface de la peau, et si les surfaces malades se prêtent à l'application de l'électrode. Dans les formes papillaires, il faut avoir soin d'enlever les masses épidermiques accumulées, à l'aide de lavages au savon. Dans le lupus ulcéré, la cautérisation est un peu douloureuse au début; quelques badigeonnages avec une solution de cocaïne à 5 0/0 suffisent pour obtenir une analgésie complète.

Pour les cautérisations de la face, il faut éviter autant que possible les variations d'intensité du courant et débiter par des courants faibles afin de constater la tolérance individuelle.

En terminant, les auteurs font remarquer que si l'on compare aux autres méthodes celle de la cautérisation en surfaces par l'électrolyse, on constate que cette dernière est préférable par sa puissance privilégiée d'action et la plus justifiée au point de vue théorique; en outre, qu'elle l'emporte sur les autres procédés par l'absence de douleur pendant la destruction des tissus, si toutefois on fait abstraction des opérations faites après anesthésie préalable. Comme les autres méthodes, elle ne convient pas dans tous les cas, et il est rare qu'une seule application suffise. Elle a l'inconvénient de prendre du temps et de nécessiter un appareil un peu compliqué.

A. DOYON.

VIII. — L'auteur relate le cas d'une jeune fille de 22 ans bien constituée, ne présentant aucune affection organique sérieuse, qui, vers l'âge de 13 ans, lors de sa première menstruation, vit se produire tout à fait subitement, sans aucun autre trouble de la santé, une hyperhidrose de la paume des mains si abondante que les gouttes de sueur en ruissellent littéralement : quand on ne l'essuie pas, il en tombe environ une goutte par seconde.

L'hyperhidrose persiste hiver comme été : la sécrétion est claire, non odorante, elle a un goût légèrement salé. Elle est à peu près aussi abondante la nuit que le jour ; elle est un peu moins forte quand le reste du corps entre en transpiration : elle augmente lorsque la malade subit une excitation, mais seulement lorsque l'excitation est agréable. L'hyperhidrose est strictement li-

mitée à la paume des mains et à la face palmaire des doigts : les parties intéressées sont un peu fraîches au toucher, la peau y est épaissie et ramollie, mais non ridée comme celle d'une laveuse ; la sensibilité tactile n'y est pas altérée. La malade est fort nerveuse, très impressionnable, mal réglée. Tous les traitements que l'auteur a employés, tant externes qu'internes, contre cette affection ont complètement échoué.

Le docteur Cutler fait suivre cette observation d'une étude de l'hyperhidrose générale et surtout locale. Voici les conclusions par lesquelles il termine son travail :

- 1° La cause ordinaire de l'hyperhidrose réside dans le système nerveux ;
- 2° La sécrétion des glandes sudoripares semble être soumise à l'influence des ganglions et du système sympathique ;
- 3° L'hyperhidrose dépend d'une affection de ce système ;
- 4° L'hyperhidrose localisée aux extrémités est d'ordinaire symétrique à cause des anastomoses étroites qui existent entre les ganglions sympathiques du tronc : elle est asymétrique au contraire à la tête et au cou parce que ces anastomoses n'existent pas entre les ganglions supérieurs du grand sympathique ;
- 5° Comme il n'y a que fort peu de lésions anatomo-pathologiques dans les glandes sudoripares affectées, il est probable que la maladie dépend surtout d'un trouble fonctionnel et non d'une altération organique ;
- 6° Les différences d'aspect que présentent les régions atteintes, suivant qu'elles siègent aux extrémités ou au tronc, proviennent sans doute de leur distance du centre circulatoire, de leur vitalité et de leur température moindres, etc... ;
- 7° L'hyperhidrose a pour résultat de rendre les pieds douloureux et sensibles, mais non d'y provoquer des douleurs vives comme dans le rhumatisme ;
- 8° La bromhidrose est d'ordinaire la conséquence de la malpropreté ;
- 9° Les toniques nerveux sont indiqués dans le traitement de l'hyperhidrose ;
- 10° Le traitement local doit toujours être institué, et, bien qu'il ne guérisse pas toujours, il améliore presque constamment les symptômes.

L. B.

IX. — Il s'agit d'une femme de 52 ans qui présente depuis plusieurs mois des troubles assez bizarres aux mains, aux pieds et aux conjonctives des deux yeux. Une éruption vésiculeuse ressemblant à l'herpès, rappelant le zona par ses caractères objectifs et subjectifs, se développa au pied gauche, depuis la pointe du pied jusqu'au-dessous de la malléole. En même temps, apparaissait sur l'autre pied un léger érythème furfuracé, assez prurigineux, mais sans vésicules.

Diverses médications furent employées pour faire disparaître ces lésions, mais sans réussir complètement, et en particulier pour le pied gauche, où per-

siste une légère desquamation de l'épiderme corné, qui est le siège d'une douleur assez vive.

Quand ces accidents diminuèrent du côté des pieds, il se développa sur le dos des mains des lésions de pityriasis, avec augmentation de la sensibilité, surtout à la pulpe des doigts. En tenant les mains découvertes, cette sensibilité augmente. Divers traitements locaux, après quelques alternatives d'aggravation et d'amélioration, diminuèrent ces troubles, quand apparut depuis peu de temps un très léger catarrhe de la conjonctive palpébrale accompagné d'un faible prurit.

A quoi pouvait-on rattacher ces accidents? La malade avait depuis plusieurs années un rein mobile du côté droit, mais l'éruption était bien postérieure à l'apparition de ce phénomène, auquel rien ne permet de la subordonner.

Elle avait pris des bains sulfureux prescrits pour une hydarthrose du genou droit, mais il est difficile d'admettre une localisation périphérique aussi limitée de l'irritation qu'auraient pu produire ces bains. D'ailleurs, les accidents éprouvés par la malade sont susceptibles de se modifier très sensiblement à certains moments de la journée, sans aucune régularité et sans cause appréciable; les douleurs peuvent même cesser totalement, pour revenir plus tard, alternances peu compatibles avec l'influence d'une cause régulière et bien définie.

On ne saurait davantage incriminer l'emploi de frictions mercurielles employées à plusieurs reprises contre des accidents péritoniques à une époque assez éloignée.

L'auteur conclut, pour ces diverses raisons, à une névrose périphérique de la peau contre laquelle il conseille l'emploi de préparations arsenicales.

A. SIREDEY.

X. — Jeune nègre de 16 ans, à moitié idiot, et pouvant à peine donner quelques renseignements : à l'âge de trois ans, il présentait déjà de l'épaississement corné de la plante des pieds : cet état s'est depuis constamment aggravé, et la lésion a pris son plus grand développement vers les bords, là où il y a le moins de pression. Au point où l'épiderme corné est le plus mince, vers le milieu de la plante des pieds, il a bien un demi-pouce d'épaisseur; vers les bords, il est beaucoup plus épais encore. Il est sillonné de profondes fissures, est complètement insensible et n'a d'autre inconvénient que de gêner la marche.

Depuis l'âge de trois ans, la maladie s'est peu à peu étendue : elle a envahi progressivement la face dorsale des pieds, les jambes, pour s'arrêter en avant immédiatement au-dessus des genoux, en arrière un peu au-dessus de la moitié de l'espace qui sépare le talon du creux poplité. En ces points, son aspect est tout à fait différent de ce qu'il est à la plante des pieds. La jambe semble couverte de petites aspérités faisant une saillie notable au-dessus de la surface des téguments et présentant même çà et là de petites élévations nodulaires elle est rude et dure au toucher. Il est fort difficile d'enlever par le raclage cette substance, tant elle est adhérente aux téguments sous-jacents.

Quand on est parvenu à la détacher, on voit au-dessous la peau privée d'épiderme et criblée d'orifices béants pour les follicules sébacés fort dilatés. De chacune de ces dépressions sort une matière d'apparence muqueuse qui n'est autre chose que le produit desséché de sécrétion des glandes sébacées. L'aspect des régions malades, après ablation des produits desséchés qui les recouvrent, est assez semblable à celui d'une râpe à noix muscade.

Dans une zone d'environ trois pouces, tout autour des bords de ces lésions, se voient de nombreux groupes de follicules déjà intéressés, mais encore pris isolément : les orifices des follicules sébacés font saillie au-dessus du niveau de la peau saine, et ils sont comblés par des cônes de matière sébacée concrète.

Il y a trois ans environ, le tylosis commença à gagner les paumes des mains, cependant ces régions ne sont pas encore, à l'heure actuelle, aussi profondément intéressées que les plantes des pieds. On remarque aussi que les glandes sébacées de la face dorsale des mains et que celles de la partie inférieure de la région antérieure de l'avant-bras sont envahies par le même processus.

La peau de tout le reste du corps est sèche, rude, dure au toucher : c'est une peau anserine. L'affection ne semble pas devoir être fort prurigineuse, car l'enfant ne se gratte pas. L'auteur le perdit bientôt de vue, après avoir commencé à lui faire des applications de savon vert.

L'auteur n'a pu trouver dans toute la littérature médicale qu'un seul cas qui lui paraisse avoir quelques analogies avec le sien : c'est celui du Dr P. A. Morrow, que ce dermatologiste a fait connaître sous le nom de *Keratosis follicularis*, avec leucoplasie buccale et fissures de la langue. Le Dr Allen fait remarquer de plus que la symétrie de l'affection dans son cas, son développement lent et graduel, semblent indiquer qu'elle dépend d'une lésion quelconque du système nerveux central, et cela avec d'autant plus d'apparence de raison que le sujet était idiot.

On comprend combien il est difficile de donner un avis motivé de quelque valeur au sujet d'un malade que l'on n'a pas vu. Il me semble toutefois que le cas précédent a quelques points communs avec l'affection à laquelle on a donné en France le nom de *Pityriasis rubra pilaris*. Dans cette dermatose, nous voyons en effet le processus morbide, qui, le plus souvent, est symétrique, commencer par la paume des mains et la plante des pieds ; puis les follicules pilo-sébacés voisins se prennent, donnent aux régions atteintes l'aspect d'une râpe, etc... Le Dr Allen aurait par conséquent dû, ce nous semble, au moins discuter le diagnostic différentiel de sa *keratosis follicularis* et de notre *pityriasis rubra pilaris*. Il est vrai qu'à l'étranger on paraît ne pas connaître l'existence de travaux français sur cette question !

L. B.

VARIA.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Cette bibliothèque, définitivement installée, fonctionne maintenant régulièrement et est ouverte aux mêmes heures que le musée, dont elle est une dépendance.

Parmi les dons les plus récents, nous citerons ceux de : M. le professeur Leloir, *Traité de la lèpre. Leçons sur la syphilis*; de M. Julien : *Traité des maladies vénériennes*; de M. Berne : *Leçons de pathologie chirurgicale*; de M. le professeur Pellizzari, nombreuses brochures sur les maladies cutanées et vénériennes; de MM. Luys, P. Redard, Passant (collection du *Lyon médical*); Costilhes (dictionnaire en 60 volumes); M. le Dr Besnier a envoyé la collection de la *Revue des sciences médicales*, de Hayem, etc., etc.

Le Gérant : MASSON.

